

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N°

68

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice RAS

Né le 23 Février 1909, à SAINT-ANTHÈME (Puy-de-Dôme)

Etude clinique
de l'opothérapie mammaire
dans les hémorragies génitales

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Maurice RAS

Né le 23 Février 1909, à SAINT-ANTHÈME (Puy-de-Dôme)

Etude clinique de l'opothérapie mammaire dans les hémorragies génitales

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

I. — Professeurs

Anatomie	MM.	ROUVIERE.
Physiologie		Léon BINET.
Physique médicale		STROHL.
Chimie médicale		DESGREZ.
Bactériologie		Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT.
Pathologie médicale et générale		BAUDOUIN.
Pathologie médicale		ABRAMI.
Pathologie chirurgicale		CHEVASSU.
Anatomie pathologique		ROUSSY.
Histologie		CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale		TIFFENEAU.
Thérapeutique		HARVIER.
Hygiène et médecine préventive		TANON.
Médecine légale		BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LAIGNEI.
Pathologie expérimentale et comparée		LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie		FIESSINGER.
Clinique médicale		Maur. VILLARET
		LOEPER.
		CARNOT.
		Marcel LABBE.
		CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance		LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants		NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux		GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses		LEMIERRE.
Clinique chirurgicale		CUNEO.
		GOSSET.
Clinique ophtalmologique		GREGOIRE.
Clinique urologique		LENORMANT.
		TERRIEN.
Clinique d'accouchements		MARION.
		BRINDEAU.
Clinique gynécologique		COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		JEANNIN.
Clinique thérapeutique médicale		MOCQUOT.
Clinique oto-rhino-laryngologique		OMBREDIANNE.
Clinique thérapeutique chirurgicale		RATHERY.
Clinique propédeutique		LEMAITRE.
Clinique de la Tuberculose		Pierre DUVAL.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte		SERGEANT.
Cardiologie clinique		BEZANÇON.
		MATHIEU.
		LAUBRY.
Professeurs sans chaire		HOVELACQUE.
		MULON.
		OLIVIER.
		VERNE.

II. — Agrégés en exercice

AMELINE	Pathologie chirurgicale.	MM.
BARIETY	Pathologie médicale.	DE GAUDART
BENARD Henri	Pathologie médicale.	D'ALLAINES
BERNARD Et.	Pathologie médicale.	DE GENNES ...
BESANÇON (J.)	Hydrologie.	GAYET
BOULIN	Pathologie médicale.	GIROUD
BULLIARD	Histologie.	HAGUENEAU ..
CATHALA	Pathologie médicale.	HALPHEN
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	HAZARD
COSTE	Pathologie médicale.	HUGUENIN
DOGNON	Physique.	JOANNON
FEY	Urologie.	LABBE Henri ..
FUNCK		LACOMME
BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	LANTUEJOL ..
GALLIARD	Parasitologie.	LAROCHE Guy.
GASTINEL	Bactériologie.	LELONG
		Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophtalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY- BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU- LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM

ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale.
BROCQ	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Stomatologie.
RUPPE	Microbiologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE ET A MON PERE

Bien faible témoignage de ma très
profonde affection et de ma très
grande reconnaissance pour tout ce
qu'ils ont fait pour moi.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris*

*Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur*

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.

Hommage respectueux et reconnaissant.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BRULÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR GERNEZ

MONSIEUR LE DOCTEUR LESNÉ

MONSIEUR LE DOCTEUR SEZARY

A MESSIEURS LES DOCTEURS FAYOT ET LENÈGRE

En témoignage de notre reconnaissance et de notre attachement.

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIOLLET

MONSIEUR LE PROFESSEUR LUTON

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE GRISSAC
Médecin Chef de l'Hôpital général d'Argenteuil

Hommage de respectueuse gratitude
pour l'excellent accueil qu'il nous a
toujours réservé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERTRAND
Ancien interne des Hôpitaux de Paris
Chirurgien chef de l'Hôpital général d'Argenteuil

Expression de notre reconnaissance
pour les excellentes leçons qu'il nous
a données.

A MESSIEURS LES MÉDECINS
DE L'HÔPITAL D'ARGENTEUIL

DOCTEURS MIGNOT, AUCLAIR, DÉTROIS,
LUMIÈRE, REYNIER

A MONSIEUR LE DOCTEUR FIGEAC

Pour lui exprimer toute notre ami-
tié et notre reconnaissance.

A MESSIEURS LES DOCTEURS BERTUCAT, LESCURE

AU DOCTEUR R. FALK

A MES AMIS ANDRÉ ET HENRY BEAUNE

A MES CAMARADES D'ÉTUDES ET D'INTERNAT

(ETUDE CLINIQUE
DE L'OPOTHERAPIE MAMMAIRE
DANS LES HEMORRAGIES GENITALES

INTRODUCTION

Il est hors de doute que les glandes mammaires sont susceptibles, d'une part, d'influencer le fonctionnement de l'ovaire, d'autre part, de modifier l'état de l'utérus, soit directement, soit par l'intermédiaire des ovaires.

Il est, en effet, d'observation courante que les femmes nourrices ne sont pas réglées, tout au moins pendant les premiers mois de la lactation ; inversement, l'arrêt de celle-ci entraîne l'apparition de la menstruation. Ces faits ne constituent pas une règle absolue, générale, mais ils s'observent dans la majorité des cas. L'involution utérine du post-partum paraît également dépendre en partie de la glande mammaire, et c'est à l'action de celle-ci sur la muqueuse utérine que l'on peut attribuer, dans une certaine mesure, l'arrêt des hémorragies de l'accouchement (Lagow). Ainsi, au moment où elle présente le maximum d'activité sécrétoire exocrine, la glande mammaire exerce manifestement une influence inhibitrice sur le cycle menstruel de la femme. Enfin, on a observé, à plusieurs reprises, la coïncidence d'une hypertrophie

mammaire ou d'une sécrétion lactée anormale, avec la suppression de la menstruation.

Le pouvoir empêchant des glandes mammaires vis-à-vis de l'écoulement menstruel, et leur action tonique sur l'utérus, ont été le plus souvent attribués à une sécrétion interne des glandes mammaires, bien que sa réalité n'ait jamais pu être mise en évidence d'une façon irréfutable. Quoi qu'il en soit, à la suite de Bell, un certain nombre de gynécologues ont basé sur cette hypothèse l'emploi de l'opothérapie mammaire dans le traitement des hémorragies génitales.

Les résultats de cette thérapeutique ont été variables suivant les auteurs (Batuaud, Pochon, Charlton, Vignes, Dalché, Léopold Lévi, etc.). Cependant, les résultats obtenus par certains sont tellement nets (dix-neuf succès sur vingt cas, d'après Batuaud) que nous avons pensé qu'il y aurait intérêt à étudier systématiquement l'action de l'opothérapie mammaire dans les hémorragies génitales, d'une part, pour en préciser les indications thérapeutiques et, d'autre part, pour en fixer la posologie ; dans ce but, nous avons cherché à réunir le plus grand nombre possible d'observations cliniques.

Notre travail est divisé en trois parties. Dans un premier chapitre, nous passons brièvement en revue l'étiologie des hémorragies génitales, les principales médications qui ont été proposées pour leur traitement, les indications principales de ces médications et les résultats obtenus, en insistant particulièrement sur les essais antérieurs d'opothérapie mammaire. Nous y avons joint une observation clinique qui met manifestement en évidence l'influence des extraits mammaires sur la menstruation elle-même.

La deuxième partie de notre travail est consacrée à la relation des observations cliniques que nous avons

recueillies au cours de notre étude sur les extraits mammaires. Dans un troisième chapitre, nous examinons et discutons les résultats cliniques obtenus pour établir de façon aussi précise que possible, les principales indications des extraits mammaires. Nous indiquons ensuite les doses qui ont semblé présenter le maximum d'efficacité. Nous rappelons enfin et envisageons brièvement les mécanismes d'action possibles de l'opothérapie mammaire, mécanismes qui ne nous paraissent pas parfaitement éclaircis à l'heure actuelle.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET TRAITEMENT DES HÉMORRAGIES GÉNITALES

D'une façon très succincte nous envisageons tout d'abord, au début de ce chapitre, l'étiologie des hémorragies génitales. Nous passons ensuite en revue les différentes médications qui peuvent être proposées dans le traitement de ces hémorragies, en nous étendant plus longuement sur l'utilisation de l'opothérapie en général et plus spécialement de l'opothérapie mammaire.

1° Etiologie des hémorragies génitales

Les hémorragies génitales sont extrêmement fréquentes à tous les stades de la vie génitale de la femme. Suivant l'âge de la malade, il est classique de considérer :

- 1° Les hémorragies dites virginales ;
- 2° Les hémorragies de la femme en période génitale active ;
- 3° Les hémorragies de la ménopause ;
- 4° Les hémorragies des vieilles femmes.

Nous allons énumérer rapidement les différentes étiologies de ces hémorragies.

Chez la jeune fille, les hémorragies sont provoquées le plus souvent par des causes médicales : rétrécissement mitral, chlorose, trouble de la crase sanguine, syphilis, tuberculose, insuffisance ovarienne, hyperovarie, déficience antéhypophysaire ou pluriglandulaire. D'autre part, les lésions annexielles (kyste de l'ovaire, salpingite), les lésions utérines (malformations, sarcome, polype muqueux du col) peuvent déterminer chez la jeune fille des hémorragies.

Chez la femme adulte, les causes d'hémorragie sont encore bien plus nombreuses. On envisage tout d'abord les hémorragies déterminées par des lésions génitales apparentes qui sont de beaucoup les plus fréquentes :

1° L'accouchement et ses suites (rétention placentaire, lésion de l'utérus, etc) ;

2° Les grossesses extra-utérines ;

3° L'avortement provoqué ou non et ses diverses complications ;

4° Les métrites et paramétrites, les lésions annexielles inflammatoires ou tuberculeuses ;

5° Le polype fibreux ou muqueux ;

6° Les fibromyomes localisés et l'utérus fibromateux ;

7° Les malformations utérines, notamment la rétro-déviatiou ;

8° Les tumeurs ovariennes et l'ovarite sclérokystique ;

9° Le néoplasme du col ou du corps.

Les troubles du fonctionnement ovarien sans lésions génitales apparentes peuvent également provoquer un certain nombre d'hémorragies. Celles-ci peuvent être divisées, suivant Quenu et Claude Beclère, en deux groupes :

1° Hémorragies utérines avec lésions chirurgicales cachées, les moins nombreuses ;

2° Hémorragies utérines fonctionnelles sans lésions utérines ni annexielles constatables. Notons que cette division n'est pas acceptée sans réserve par tous les auteurs, et en particulier par Moricard.

Enfin, rappelons les hémorragies de causes extra-génitales : tuberculose, syphilis, hémophilie, lésion de l'appareil circulatoire, du foie et du rein, déficiences endocriniennes, formes hémorragiques des maladies infectieuses.

A la ménopause, en dehors du déséquilibre endocrinien si caractéristique de cette période, les hémorragies fréquemment observées reconnaîtront le plus souvent pour cause un fibrome ou un cancer du col.

Enfin, après la ménopause, l'hémorragie sera le plus souvent provoquée par un cancer du col de l'utérus, ou dans quelques cas plus rares, par une métrite sénile à développement vasculaire.

2° Traitement des hémorragies génitales

Il est bien évident que seul un diagnostic précis permettra une thérapeutique rationnelle des hémorragies génitales. Or, si dans certains cas, le diagnostic est relativement facile à poser, assez fréquemment, l'étiologie de l'hémorragie sera difficile à préciser. Dans la première éventualité, la thérapeutique pourra être causale, dans la deuxième par contre, on ne pourra guère utiliser avec certitude que des traitements symptomatiques. Ce sont uniquement ces derniers que nous allons envisager. On peut les classer en trois groupes :

- 1° Les agents physiques ;
- 2° Les traitements hydrothérapiques ;
- 3° Les agents pharmacologiques.

Nous ne ferons que mentionner ici les agents physiques (radium, rayons X, diathermie) dont le manie-
ment est rarement du ressort du médecin praticien,
et qui ne sont guère employés que sous le contrôle
de spécialistes. Nous renvoyons à ce sujet à la revue
de ces traitements faite en 1935 par H. Courriades et
par E. Dubreuilh au 4^e Congrès Français de Gyné-
cologie. De même, bornons-nous à indiquer l'hydro-
thérapie et les cures hydro-minérales dont les princi-
pales indications ont fait l'objet d'une mise au point
récente par Turpault.

Nous nous étendrons par contre plus longuement sur
les agents médicamenteux employés dans le traitement
des hémorragies génitales (1). On peut ranger ces mé-
dicaments en trois groupes :

- a) Médicaments vasoconstricteurs ;
- b) Médicaments favorisant la coagulation sanguine ;
- c) Médicaments opothérapiques.

Nous envisagerons successivement ces trois séries
de substance.

Les substances vasoconstrictrices. — La plupart des
substances vasoconstrictrices utilisées ne peuvent guè-
re, en raison de leur activité peu prononcée, souvent
d'ailleurs inconstante, être utilisées que comme mé-
dicaments des hémorragies banales ; citons parmi
ceux-ci : la gentiane, l'hamamélis virginica, le cyprès,
la bourse de Pasteur, le gossipium herbeaceum, l'ortie,
le marron d'Inde, le virbunum, le sèneçon, l'érodi-
um circutarium, la cannelle.

L'activité de la quinine et de la digitale est, par
contre, plus marquée. Robin et Dalché ont utilisé, en

(1) Nous croyons bon de signaler que de très nombreux mé-
dicaments homéopathiques ont été proposés. On pourra con-
sult-er à ce sujet l'article de Poulliot (4^e Congrès Français de
Gynécologie).

raison de son action vasoconstrictrice, la quinine, mais les effets de cet alcaloïde ne sont pas constants et on observe parfois, à la suite de son emploi, même à faibles doses, des métrorragies (Chalmers et Archibald). La digitale à doses fractionnées peut être employée avec succès dans certaines métrorragies de la ménopause, accompagnées ou non de fibrome, et liées à des troubles circulatoires.

En cas d'hémorragie importante, ces différentes thérapeutiques sont insuffisantes et il est nécessaire d'avoir recours à des agents pharmacodynamiques plus puissants : adrénaline, extraits post-hypophysaires, ergot de seigle, ipéca, sels de calcium. L'activité incontestable de certains de ces médicaments (adrénaline, post-hypophyse, ergot de seigle), dépend, d'une part, de leur action vasoconstrictrice générale et, d'autre part, de leur action ocytotique.

L'adrénaline, utilisée soit localement, soit par voie parentérale, donne souvent d'excellents résultats dans les hémorragies génitales ; malheureusement son action n'est pas durable et elle provoque, de plus, une vasodilatation secondaire.

Les extraits de lobe postérieur d'hypophyse peuvent être employés avec succès, surtout dans les hémorragies post-partum ; leurs inconvénients sont les mêmes que ceux de l'adrénaline.

L'ergot de seigle et ses principes immédiats alcaloïdiques (ergotamine, ergotoxine, ergotinine) constituent également des hémostatiques puissants. Néanmoins, un certain nombre d'hémorragies sont rebelles à cette médication ; assez souvent même on observe une augmentation de la quantité de sang perdu ; par ailleurs, l'innocuité de l'ergot n'est pas absolue.

L'ipéca, et surtout un de ses alcaloïdes, l'émétine, qui possèdent une activité vasoconstrictrice nette, sont

parfois employés avec succès dans les hémorragies de l'appareil génital, et notamment dans celles rebelles à l'ergot.

Des résultats intéressants, mais inconstants, ont été obtenus avec le chlorure et le lactate de calcium dans les règles profuses et la leucorrhée.

LES MÉDICAMENTS AUGMENTANT LA COAGULATION SANGUINE.

Ce sont les sels de calcium qui présentent, d'autre part, une activité spécifique que nous venons de rappeler, le citrate de soude, la pectine, la gélatine, le sérum hémopoïétique employé soit par voie buccale, soit en applications locales, les injections chaudes ou froides, additionnées ou non d'eau oxygénée ou d'antipyrine, la glace en application abdominale, les instillations de chlorure de zinc.

Citons à part, l'emploi de l'acide ascorbique (vitamine C), récemment préconisé par Junghaus pour le traitement des métrorragies de la ménopause par endométrite, annexite ou fibrome.

LES MÉDICAMENTS OPOTHÉRAPIQUES.

Les hémorragies génitales étant très fréquemment la traduction de troubles endocriniens variés, différents auteurs ont été amenés à tenter l'utilisation de certains produits hormonaux pour leur traitement. D'autre part, les propriétés pharmacodynamiques de certaines hormones ont amené les cliniciens à les utiliser dans le même but.

L'emploi des extraits thymiques, seuls ou en association, est basé sur la notion que le thymus repré-

sente un organe frénateur du fonctionnement des gonades.

Les extraits thyroïdiens, la thyroïde, la thyroxine, la diiodothyrosine (Robert Segond) et l'iode sont utilisés avec succès chez les malades présentant des signes nets d'hypothyroïdisme qui, comme on le sait, s'accompagne le plus souvent d'hyperovarie ; ils agissent en exerçant une action inhibitrice sur le fonctionnement de l'ovaire. Inversement, les hémorragies génitales liées à un syndrome de Basedow, sont passibles d'un traitement par l'hématoéthyroïdine.

L'emploi des extraits antéhypophysaires et de leurs succédanés (extraits d'urines garvidiques, prolans A ou B, principe gonadotrope du sérum de juments gravides), ainsi que celui de sang de femmes enceintes (Wagner) a été récemment préconisé dans le traitement des métrorragies. On admet que ce traitement agit soit en excitant, soit, au contraire, en inhibant (Rock) les sécrétions folliculiniques ou lutéiniques de l'ovaire.

Par ailleurs, on utilise, avec des résultats variables, les hormones sexuelles (folliculine et hormone lutéinique) dans le traitement des hémorragies génitales, quand il y lieu de croire que celles-ci sont provoquées par un dysfonctionnement ovarien (Moricard, Rivoire).

Hormone du corps jaune. — De nombreux auteurs ont employé l'hormone lutéinique soit sous forme d'extrait d'organe, soit sous forme cristallisée (progestérone).

Son emploi est justifié du point de vue endocrinologique, par le fait bien établi par les travaux physiologiques de ces dernières années, que la sécrétion lutéinique inhibe la menstruation. Rivoire préconise plus particulièrement son emploi dans les métrorra-

gies par endométrie glandulaire hyperplasique kystique, considérée comme due à une dysovarie : hyperfolliculation de l'ovaire avec insuffisance lutéinique.

Folliculine. — Son emploi dans les métrorragies peut sembler en partie justifié soit par ses propriétés ocytociques, soit par le fait que l'administration à hautes doses est capable d'inhiber le fonctionnement de la préhypophyse (Zondeck).

Quelques auteurs *enfin ont essayé, d'autre part, avec des succès divers, de traiter les hémorragies génitales en s'efforçant de rétablir un cycle génital normal par administration combinée des hormones lutéinique et folliculaire.

Il convient de signaler, enfin, les bons résultats obtenus par quelques cliniciens, et en particulier par Turpault, lors de l'administration de préparations orchitiques dont l'indication paraît se rapporter à la régularisation des troubles de la puberté et de la ménopause, sans que l'on puisse, dans l'état actuel de nos connaissances, rendre compte d'une façon absolument satisfaisante, du mécanisme de leur action.

On utilise également, en raison de leurs propriétés pharmacodynamiques, les extraits post-hypophysaires, surréniaux et l'insuline. L'activité des extraits post-hypophysaires et surréniaux doit être rapportée à leur action ocytocique et vasoconstrictrice. L'insuline, préconisée par Klaften, Vogt et Cotte, donne parfois des résultats remarquables. Le mécanisme de son action paraît assez obscur, on a invoqué l'interrelation endocrinienne entre le pancréas et les gonades, et également la propriété de l'hormone pancréatique de déclencher la sécrétion de l'adrénaline, qui serait responsable de l'activité antihémorragique.

Signalons enfin l'emploi de l'opothérapie splénique

et hépatique comme médicaments antihémorragiques généraux.

De la revue rapide que nous venons de faire, il semble bien se dégager la conclusion qu'une thérapeutique réellement efficace, applicable dans le plus grand nombre des cas d'hémorragies génitales reste à trouver.

Séduits par quelques résultats heureux de l'opothérapie mammaire, nous nous sommes efforcé de voir quelles étaient les possibilités de cette méthode.

Nous avons rappelé dans l'introduction de ce travail que l'utilisation de l'opothérapie mammaire était basée sur l'hypothèse d'une sécrétion interne des glandes mammaires. Vignes a présenté très clairement les faits qui militent en faveur de cette hypothèse :

1° « Beaucoup de femmes ne sont pas réglées pendant les mois de lactation. »

2° « La suppression de l'allaitement ramène très vite la menstruation ; ces deux constatations autorisent à parler d'un antagonisme entre la lactation et la menstruation. »

3° « La fécondité des nourrices est moindre pendant la durée de l'allaitement ; évidemment, il est possible qu'une nourrice réglée ou non réglée devienne enceinte, mais ces cas constituent une minorité. » (Vignes, *Physiologie gynécologique*, p. 515.)

A l'opposé, Dartigues met en doute toute action de la sécrétion mammaire sur le tractus génital.

Pour certains auteurs, les faits relatés ci-dessus ne sont pas imputables, à proprement parler, à une sécrétion interne des glandes mammaires. D'après Moritz Schein, particulièrement, l'activité exocrine de la glande serait continue, et cette sécrétion continue, extrêmement peu abondante d'ailleurs, serait résor-

bée et constituerait ainsi une pseudo-sécrétion interne, susceptible d'influencer l'appareil génital.

Pour nous, il ne semble pas niable qu'il existe une sécrétion interne des glandes mammaires et que les extraits de ces glandes soient susceptibles d'influencer la menstruation. Nous rapportons ici une observation qui, croyons-nous, apporte une confirmation nette de notre opinion.

Mlle P..., 21 ans, actrice. — Un entraînement sportif exagéré, à la veille d'un concours de natation, détermine 15 jours après la dernière menstruation, l'apparition de nouvelles règles. Désolée de se voir obligée de renoncer à cette compétition, elle vient consulter, demandant s'il ne serait pas possible d'arrêter rapidement l'écoulement. Après avoir insisté sur les inconvénients que pourrait entraîner un traitement de cet ordre, on lui prescrit, sans grande conviction d'ailleurs, de l'extrait mammaire. Deux jours après le début de la médication, les règles sont arrêtées, seul persiste un très léger écoulement leucorrhéique, et Mlle P... peut participer à la compétition.

Des observations récentes cliniques ou expérimentales viennent à l'appui de la thèse d'une influence de la sécrétion mammaire sur le cycle génital. Winter a rapporté deux cas d'aménorrhée chez des femmes de 22 à 32 ans, accompagnés d'une sécrétion lactée normale. Pour Wazer, la glande mammaire subit des variations cycliques comme l'ovaire, et dégénère à la ménopause. Crew et Mirskaia ont observé que la fécondité des souris, qui allaitent, est très inférieure à la fécondité des animaux de contrôle auxquels on enlève les petits immédiatement après la mise bas. D'après Tehbe le sevrage provoque le rut chez la truie ; l'auteur attribue ce phénomène à une résorption par l'organisme des produits de décomposition

du lait. Cette dernière observation semblerait donc confirmer l'hypothèse émise par Moritz Schein que nous avons précédemment rappelée.

Quoi qu'il en soit, partant de l'hypothèse d'une sécrétion interne active sur la sphère génitale, Robert Bell, dès le début de l'opothérapie, introduisit, en 1894, les extraits mammaires dans le traitement des métrorragies et plus particulièrement dans celles causées par les fibromes. Dans une publication relativement récente, cet auteur a déclaré que l'extrait mammaire était capable de réduire et même de faire disparaître complètement les fibromes.

De nombreux auteurs ont utilisé, à la suite de Bell, les extraits mammaires. Pour Batuaud, cette thérapeutique utilisée dans les métrorragies de la jeune fille et dans les métrorragies de la puberté, donnerait 19 réussites sur 20 cas. Luncz, dans sa thèse, a rapporté trente-trois observations où, par l'opothérapie mammaire, il a traité avec succès, en général, les hémorragies génitales dues surtout aux fibromes.

Une statistique intéressante a été donnée par Vignes dans les cas de métrorragies : l'auteur a obtenu 7 succès sur 15 cas. L'auteur fait lui-même certaines réserves sur sa statistique, étant donné que l'opothérapie mammaire n'a pas toujours été employée seule, à l'exclusion de tout autre traitement.

En association, soit avec l'extrait thymique, soit avec des extraits de thymus et de placenta, Jacoby, V. Lintz ont obtenu d'assez bons résultats dans la polyménorrhée et les métrorragies.

Pour ne pas allonger, outre mesure, cette partie de notre travail, nous ne citons pas, dans le texte, les nombreux travaux consacrés à l'étude de l'action de l'opothérapie mammaire ; les articles que nous avons

consultés à ce sujet seront rangés dans une rubrique spéciale de notre bibliographie.

Des observations personnelles nous ayant montré l'efficacité réelle des extraits mammaires, nous avons été amené à étudier systématiquement cette thérapeutique. Cherchant à nous rendre compte de l'efficacité et des indications précises de ces extraits, nous les avons utilisés dans toutes les formes d'hémorragies génitales que nous avons pu rencontrer soit à la consultation à l'hôpital d'Argenteuil, soit en clientèle, au cours des remplacements que nous avons effectués.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS CLINIQUES SUR L'ACTION THERAPEUTIQUE DES EXTRAITS MAMMAIRES

Nous rapportons dans cette deuxième partie de notre travail 40 observations cliniques sur l'emploi de l'opothérapie mammaire dans les différentes formes d'hémorragies génitales.

Pour la commodité de l'interprétation ultérieure de nos résultats, nous avons classé nos observations dans l'ordre suivant en nous basant sur le diagnostic : 1° métrorragie ; 2° ménorragie ; 3° méno-métrorragie ; 4° polyménorrhée ; 5° deux observations isolées se rapportant, l'une, à une métrite sénile, l'autre, à une dysménorrhée de la puberté ; 6° cinq observations se rapportant à des hémorragies consécutives à des cancers de l'utérus.

Les malades ont été suivies, après le premier examen, pendant un temps assez long, trois ou quatre mois en général, quelques-unes ont pu être suivies pendant plus d'un an ⁽¹⁾.

(1) Nous avons employé un extrait mammaire en solution hydroalcoolique dont 1 cc (36 gouttes) correspondait à 2 gr. 50 de glande fraîche.

1° METRORRAGIES

OBSERVATION N° 1

Métrorragie post-abortum par malformation utérine et métrite. Surinvolution due à l'extrait mammaire.

Mme Di..., 22 ans. — Cette malade fait une fausse-couche provoquée de deux mois. Après l'expulsion du fœtus, il se produit une hémorragie par rétention placentaire. Au curage digital, on trouve un placenta enchatonné dans une corne droite anormalement développée, alors que la gauche est à peine marquée. L'utérus vidé, les suites immédiates sont normales, trois jours après la malade semblait guérie.

Huit jours plus tard, apparaît un suintement leucorrhéique, teinté de sang, avec quelques petits caillots.

L'examen facile à pratiquer chez cette femme, montre un col dur, fermé, un corps encore volumineux en antéverson avec la malformation déjà perçue.

L'extrait mammaire est prescrit à la dose de 60 gouttes, deux fois par jour. On note en trois jours l'arrêt des phénomènes leucorrhéiques et hémorragiques, et on continue le traitement.

Un mois après sa fausse-couche, cette malade revient consulter, s'étonnant de n'être pas réglée. L'examen montre la même malformation et la même situation de l'utérus, mais celui-ci est petit, nettement en surinvolution. En conséquence on supprime l'extrait mammaire, pour prescrire des préparations ovariennes. Huit jours après, les règles apparaissent, mais

sont ménorragiques ; cet accident s'amende rapidement après administration quotidienne de 50 gouttes d'extrait mammaire, pendant trois jours.

Par la suite, aucun traitement n'est prescrit, et les deux menstruations suivantes apparaissent normales tout aussi bien pour l'intervalle, que pour la quantité.

OBSERVATION N° 2

Métrorragie à la suite d'une fausse-couche

Mme Do..., 24 ans. — La malade a fait une fausse-couche de deux mois dont les suites immédiates ont été normales ; quinze jours après cette fausse-couche, elle perd abondamment pendant un mois et vient alors consulter.

L'examen montre un corps utérin paraissant normal mais un col un peu gros mollasse.

On prescrit l'extrait mammaire à la dose de 100 gouttes par jour. Après quatre jours de traitement l'écoulement sanguin est tari, seul persiste un léger suintement. L'examen pratiqué à ce moment montre un col redevenu normal. Mme Do... revue une dizaine de jours plus tard nous signale, et le fait est confirmé par son mari, qu'elle éprouve depuis le début du traitement une appétition sexuelle très prononcée. Cette femme, mariée depuis cinq ans, ne présentait antérieurement au traitement aucun appétit sexuel.

Revue par la suite, Mme Do... est toujours bien réglée et la frigidité a disparu complètement.

OBSERVATION N° 3

*Métrorragie à la suite de fausse-couche,
involution utérine très lente.*

Mlle T..., 25 ans. — Avortement provoqué d'un mois et demi. Fait appeler quatre jours après l'expulsion de l'œuf, effrayée par un écoulement sanguinolent persistant. L'examen montre un corps utérin gros, mollasse, un col très mou, fermé.

L'extrait mammaire est prescrit à raison de 50 gouttes, deux fois par jour. L'écoulement se ralentit, puis se tarit en trois jours. L'utérus est à nouveau de volume normal, le col est dur, résistant, huit jours après.

Chez cette femme antérieurement très bien réglée, la période suivante est normale. La malade, revue après deux périodes menstruelles, ne présente plus aucun symptôme pathologique.

La malade a été interrogée sur une action aphrodisiaque possible du médicament. Pendant la durée du traitement, elle a remarqué que son appétit sexuel était notablement augmenté.

OBSERVATION N° 4

*Métrorragie à la suite d'un avortement
provoqué mécaniquement.*

Mme H..., 35 ans. — Fausse-couche de trois mois. La malade fait appeler à la suite d'une très forte hémorragie après l'expulsion de l'œuf.

Aucun phénomène infectieux. L'examen montre un utérus volumineux, mollasse, un col mou et entr'ou-

vert. Le curage digital permet de se rendre compte de la vacuité de la cavité utérine.

Nous conseillons l'absorption immédiate de 50 gouttes d'extrait mammaire, puis de prendre deux fois 50 gouttes à deux heures d'intervalle ; enfin 100 gouttes par jour, les jours suivants. En trois heures, l'hémorragie est calmée, et en quatre jours tout est rentré en ordre.

Chez cette femme, habituellement bien réglée, la menstruation apparaît 20 jours après sa fausse-couche : l'écoulement est ménorragique. L'examen montre un utérus normal. L'extrait mammaire est prescrit à nouveau à raison de 200 gouttes par jour. En cinq jours, cet écoulement est calmé. Le médicament est pris régulièrement à la dose de 60 gouttes par jour, dix jours par mois. Les trois périodes suivantes sont normales.

OBSERVATION N° 5

Métrorragies.

Mme Lau..., 36 ans. — La malade présente des pertes de sang très irrégulières dans leur date d'apparition, fréquentes, intervalle variant de 8 à 10 jours. L'écoulement est peu abondant, consistant souvent en liquide teinté, sa durée variable est 1, 2, 3, 4 jours au maximum.

Antécédents normaux ; parents vivants en bonne santé ; deux enfants à terme bien portants.

L'examen général montre une déficience pluriglandulaire. On se trouve en présence d'une femme obèse ; la paroi abdominale et la nuque sont blindées par la cellulite. Le système pileux est exagérément dévelop-

pé. La malade présente de la tachycardie, de l'éréthisme cardiaque, un tremblement rapide ; elle est gênée par des bouffées de chaleur très fréquentes. Tension artérielle à 18-11 (Pachon).

L'examen gynécologique montre un utérus très dur et très petit, gros comme la moitié du poing.

L'extrait mammaire est prescrit sans autre indication à raison de 100 gouttes par jour pendant les dix jours qui suivent l'écoulement sanguin. L'écoulement suivant, peu abondant, apparaît quinze jours plus tard et dure trois jours. Un nouvel écoulement apparaît seulement vingt-quatre jours après, peu abondant, d'une durée de trois jours.

Une légère hémorragie a lieu huit jours après, vraisemblablement déterminée par un à-coup d'hypertension (25-11 au Pachon). Un traitement par des hypotenseurs permet d'abaisser la tension. L'écoulement se tarit en quelques heures et la malade continue à prendre pendant deux mois l'extrait mammaire, à raison de 80 gouttes par jour, pendant dix jours par mois, et durant cette période, les intervalles intermenstruels sont sensiblement normaux (25 à 26 jours), l'écoulement dure peu (2-3 jours) et est abondant.

OBSERVATION N° 6

Métrorragie. Polype.

Mme Leu..., 48 ans.* — Malade au début de ménopause ; ayant présenté un arrêt des règles pendant six mois. Après cette période, depuis trois mois des pertes hémorragiques fréquentes, irrégulières, tant dans leur date d'apparition, que dans leur abondance et leur

durée attirent l'attention de la malade qui vient consulter.

L'examen montre un utérus gros et dur, un col fermé un peu mou. La malade ne veut pas se prêter à une hystérométrie. On pose tout d'abord le diagnostic de fibrome.

On conseille l'emploi continu de l'extrait mammaire à la dose de 60 gouttes par jour. La malade ne prend que très irrégulièrement le médicament, et seulement quand les hémorragies réapparaissent. Les durées de celles-ci en paraissent écourtées et les quantités de sang perdu nettement diminuées.

Un deuxième examen, 25 jours après, met en évidence un polype, par le toucher et le spéculum. La malade prend alors régulièrement de l'extrait mammaire, mais le résultat n'est pas plus sensible que celui obtenu après le premier examen. L'opération est alors conseillée.

OSERVATION N° 7

Métrorragie post-abortum.

Mme Tu... 34 ans. — Fausse-couche provoquée de deux mois, à l'aide d'instruments intra-utérins, de quinine et d'extraits ovariens à très fortes doses. Antécédents normaux. Un enfant vivant bien portant. Réglée très régulièrement jusqu'alors. La malade fait appeler à la suite d'une hémorragie abondante. On peut pratiquer l'extraction de l'œuf complet.

On fait une révision de la cavité utérine qui est vide (l'hémorragie s'arrête presque instantanément) ; pendant 10 jours, il persiste un écoulement leuco-hémorragique. La malade est alors traitée par l'extrait mam-

maire à la dose de 200 gouttes dans la journée, en deux prises. L'écoulement diminue immédiatement et s'arrête au bout de trois jours. L'extrait mammaire est continué à raison de 50 gouttes par jour jusqu'à la période suivante, qui est normale.

OBSERVATION N° 8

Métrorragie de la ménopause. Métrite.

Mme V..., 44 ans. — Depuis six mois, cette malade en début de ménopause, est très mal réglée.

A la date habituelle de sa période menstruelle, les règles apparaissent, mais très peu abondantes, et durent peu (1-2 jours). Par contre, dans l'intervalle intermenstruel, apparaissent irrégulièrement des écoulements sanguins fréquents, souvent assez abondants s'accompagnant de leucorrhée.

Antécédents normaux, vie génitale active normale, pas d'enfants.

L'examen montre, au toucher, un col dur, un corps et des annexes paraissant normaux ; au spéculum on observe une ulcération ; une biopsie largement pratiquée permet de poser le diagnostic de métrite.

On prescrit l'extrait mammaire à raison de 50 gouttes par jour. Deux jours après le début du traitement, apparaît une métrorragie très abondante ; l'extrait mammaire est ordonné à 200 gouttes par jour ; l'hémorragie se calme, mais dure encore deux jours. On fait continuer l'extrait mammaire (100 gouttes par jour continuellement) et on institue par ailleurs un traitement spécifique de la métrite.

Un mois et demi après, aucun écoulement sanguin n'est survenu et la leucorrhée est en partie calmée. La

période menstruelle survient alors, mais le flux peu abondant dure deux jours. La période suivante est normale ; l'écoulement peu abondant a duré trois jours. Arrêt total de la leucorrhée et des métrorragies ; l'ulcération a complètement disparu. On fait cesser alors le traitement par l'extrait mammaire.

OBSERVATION N° 9

Métrorragie due à une grossesse extra-utérine.

Mme So..., 28 ans. — Cette jeune femme vient consulter parce qu'elle a un retard de règles d'une quinzaine de jours ; depuis la veille, un écoulement leuco-hémorragique est apparu accompagné d'une sensation de gêne dans le bas-ventre.

Mme So... est habituellement bien réglée ; elle n'a jamais été enceinte ; on relève dans ses antécédents une salpingite ancienne traitée à plusieurs reprises.

L'examen ne montre pas de modification très appréciable de l'utérus, ni de l'ensemble de l'appareil génital, tout au plus un léger empâtement douloureux du cul-de-sac droit.

On pense tout d'abord à un réveil d'infection des trompes. On prescrit un traitement pour cette affection et, concurremment, l'extrait mammaire à raison de 100 gouttes par jour pour arrêter l'écoulement leuco-hémorragique. Celui-ci, ainsi que la sensation de gêne dans le bas-ventre persistent sans aucune amélioration.

Subitement, huit jours plus tard, la malade est prise de douleur violente dans le bas-ventre, et la tem-

pérature, qui depuis 3-4 jours se maintenait en plateau à 38°5, montre à 40°. Le diagnostic est hésitant entre pyo-salpinx et hémato-salpinx ; la malade est opérée. L'intervention montre un hémato-salpinx.

OBSERVATION N° 10

Métrorragie d'un fibrome.

Mme M..., 42 ans. — Cette malade présente un volumineux fibrome atteignant l'ombilic, n'entraînant aucune gêne, sauf quelques pesanteurs et un peu de leucorrhée. Les règles sont restées normales et la malade n'accuse aucune hémorragie. L'opération conseillée est remise à quelques mois pour des raisons personnelles. Deux mois avant la date fixée pour cette intervention, la malade fait une métrorragie très abondante. L'extrait mammaire, prescrit à raison de 150 gouttes par jour, calme l'hémorragie en deux jours, et le traitement est continué à la même dose pendant huit jours. Huit jours après la cessation du traitement, la période menstruelle est ménorragique. La malade reprend 150 gouttes par jour d'extrait mammaire, à la suite de quoi les règles deviennent normales. Mme M... continue à prendre régulièrement le médicament jusqu'à l'intervention à la dose de 50 gouttes par jour. Pendant toute cette période (un mois et demi) aucune hémorragie ne s'est produite, et de plus, les phénomènes leucorrhéiques ont été à peu près complètement supprimés.

L'intervention a montré un fibrome de la face postérieure de l'utérus, du volume d'une tête d'enfant, accompagné sur le fond utérin de trois petits fibromes gros comme une mandarine.

OBSERVATION N° 11

Métrorragies continuelles. — Métrite déciduiforme.

Mme M..., 30 ans. — La malade, sans antécédents particuliers, a toujours eu des règles très abondantes ; depuis quelques mois celles-ci se sont modifiées progressivement : le début de chaque période est de plus en plus difficile à préciser ; l'écoulement est peu abondant mais se prolonge pendant plusieurs jours.

La malade vient consulter parce qu'elle présente de petites hémorragies journalières. L'examen génital montre des ovaires augmentés de volume, une muqueuse utérine, tomenteuse, congestionnée.

L'extrait mammaire est prescrit à la dose de 20 gouttes deux fois par jour. Le traitement a été régulièrement suivi pendant trois mois. Trois jours après le début du traitement, les hémorragies sont complètement taries. Le quinzième jour, les règles réapparaissent, abondantes, durant six jours.

Les périodes suivantes s'espacent régulièrement et leur durée est normale. L'examen pratiqué à la fin du traitement montre une muqueuse utérine présentant un aspect normal.

La malade qui dès le début du traitement a éprouvé une nette sensation de bien-être, accuse un mieux général très accusé.

OBSERVATION N° 12

Métrorragies à la suite d'une fausse-couche.

Mme C..., 35 ans. — Mme C... était antérieurement normalement réglée ; depuis deux mois, elle s'est

aperçue que ses règles, bien que survenant à intervalles réguliers, étaient peu abondantes, d'une durée de 2 ou 3 jours. Cette malade, brusquement, est prise d'une hémorragie qui dure une semaine, au bout de laquelle elle nous fait appeler.

L'examen gynécologique montre un utérus légèrement augmenté de volume, sans autre signe. 100 gouttes d'extrait mammaire absorbées en deux prises dans la journée arrêtent l'hémorragie en 24 heures. Une nouvelle hémorragie survient quatre jours plus tard ; l'examen gynécologique donne les mêmes indications et 50 gouttes d'extrait mammaire, deux fois par jour, arrêtent l'hémorragie en 48 heures. Nous sommes appelé par la malade une semaine plus tard pour une nouvelle hémorragie ; l'examen gynécologique révèle alors un utérus assez gros, mollassé, avec un col entr'ouvert, ramolli. Nous posons le diagnostic de fausse-couche, et la malade, sur sa demande, est dirigée sur l'hôpital où un curetage a été pratiqué.

2° MENORRAGIES

OBSERVATION N° 13

Ménorragie de la ménopause. — Utérus fibromateux.

Mme C..., 48 ans. — Présente une ménorragie très abondante depuis 36 heures. Cette malade, depuis des années, accusait des troubles de la menstruation qui furent traités à diverses reprises sans résultat, par des extraits ovariens. Depuis six mois environ, ces troubles s'accroissaient et s'accompagnaient d'accidents métrorragiques. L'examen montre un utérus fibroma-

teux. En raison de l'abondance de l'hémorragie on administre immédiatement deux cuillerées à café d'extrait mammaire tout en surveillant la malade de près. L'hémorragie continue encore pendant deux heures, puis diminue progressivement d'importance, et 4 heures après l'ingestion du médicament, l'écoulement est devenu normal.

L'opothérapie mammaire est continuée les jours suivants à raison de 50 gouttes deux fois par jour, pendant les six jours que dure cette menstruation, et poursuivie à la même dose pendant deux mois.

La malade est vue à nouveau quatre mois après l'accident initial, les règles bien que demeurant irrégulières quant à leur date d'apparition, sont redevenues normales au point de vue de la durée et de l'importance de l'écoulement.

OBSERVATION N° 14

Ménorragie, leucorrhée, ulcération du col.

Mme Bo..., 28 ans. — Après interrogatoire et examen de la malade, on est en présence du tableau clinique suivant : métrite datant de 9 ans avec leucorrhée abondante et gênante (irritation des cuisses), traitée sans succès de diverses façons (injections, pansements, vaccins, diathermie) ; accompagnée de ménorragies traitées sans succès par du calcium.

Au spéculum, on observe une ulcération du col. La malade présente de plus, une lésion tuberculeuse au sommet du poumon droit.

On prescrit à la malade, huit jours avant l'apparition des règles, l'extrait mammaire à la dose journalière de 100 gouttes, à l'exclusion de toute autre mé-

dication et particulièrement du calcium que la malade prenait habituellement.

Les premières règles sont normales. On note, sans qu'il y ait eu d'autre traitement, 10 jours après la fin de cette période menstruelle, que la leucorrhée s'atténue. La deuxième période menstruelle, 28 jours après est, elle aussi, normale. Un examen pratiqué à cette époque montre que la leucorrhée a complètement disparu ainsi que l'ulcération du col.

La malade continue régulièrement l'extrait mammaire pendant quatre mois et l'amélioration se maintient.

OBSERVATION N° 15

Ménorragie chez une femme qui allaite.

Mme Ba..., 31 ans. — Allaite son enfant ; le retour de couches a eu lieu six semaines après l'accouchement. Depuis, les règles sont irrégulières : intervalle intermenstruel 26 jours, 33 jours, même 50 jours ; elles durent 8 jours, avec flux abondant pendant trois jours.

La neuvième période menstruelle après l'accouchement apparaît 20 jours après la précédente ; elle est ménorragique. La malade est examinée, après avoir perdu pendant 4 jours : on observe un gros utérus en rétroversion, avec gros col cicatriciel.

L'extrait mammaire est prescrit à la dose de 100 gouttes par jour, en deux fois. En douze heures environ, les phénomènes s'amendent. L'hémorragie reprend le lendemain, mais est arrêtée par l'absorption de deux fois 50 gouttes d'extrait en trois heures ; l'écoulement peu abondant dure encore deux jours.

La malade continue de prendre l'extrait mammaire

à la dose de 80 gouttes, réparties en deux prises par jour. La période suivante apparaît 26 jours après l'arrêt de l'écoulement précédent, et dure six jours avec écoulement abondant pendant trois jours. A l'examen, l'utérus paraît moins gros, la col moins dur.

La malade cesse l'allaitement et continue le traitement. La période suivante a été normale comme intervalle intermenstruel, comme durée et abondance d'écoulement, mais douloureuse. Néanmoins, la malade accuse un état d'euphorie qu'elle n'avait jamais ressenti à la suite des menstruations précédentes. L'amélioration de son état et la sensation d'euphorie après la période menstruelle se maintiennent deux mois après.

OBSERVATION N° 16

Ménorragie, leucorrhée.

Mme La..., 34 ans. — La malade vient consulter parce qu'elle présente des règles régulières quant à l'intervalle intermenstruel, mais longues, durant 8-10 jours, ménorragiques durant les trois premiers jours, et suivies pendant huit jours d'un écoulement leucorrhéique sanguinolent.

Dans les antécédents de la malade, on note deux grossesses interrompues vers six mois. Plusieurs réactions de B. W. pratiquées ont été négatives ; mari alcoolique ; aucun signe de tuberculose.

L'examen met en évidence dans le cul-de-sac droit une masse du volume d'une orange, mobile, séparée de l'utérus, non mobilisable avec lui ; la muqueuse utérine est ulcérée, congestionnée : on pose le diagnostic de kyste de l'ovaire droit et de métrite.

On prescrit l'extrait mammaire à raison de 50 gouttes, deux fois par jour. L'écoulement leucorrhéique se tarit en partie, et les pertes jaunâtres et sanguinolentes deviennent blanchâtres.

On ne note aucune action sur le flux menstruel, qui n'est modifié ni en quantité, ni en durée d'écoulement, aux deux périodes suivantes, mais l'écoulement leucorrhéique est nettement moins abondant ; la muqueuse utérine tend à redevenir normale. La malade n'a pas été revue depuis.

OBSERVATION N° 17

Ménorragie.

Mme Dr..., 38 ans. — La malade vient consulter, se plaignant de règles anormalement prolongées (8 à 10 jours) et extrêmement abondantes, surtout pendant les 3 ou 4 premiers jours : l'intervalle intermenstruel est, par ailleurs, normal. Ces phénomènes sont apparus depuis quelques mois.

Mme Dr..., dont les parents sont encore vivants, a eu trois enfants à terme, bien portants.

L'examen ne montre aucun phénomène pathologique, si ce n'est au spéculum un col déchiqueté et béant, dont la muqueuse est brillante et légèrement ulcérée.

L'extrait mammaire est prescrit pendant la période intermenstruelle, à raison de 100 gouttes par jour, pendant les 10 jours précédant les règles. Le résultat thérapeutique est excellent : les règles sont entièrement normales aux deux périodes menstruelles suivantes. Un examen pratiqué à ce moment montre une muqueuse cervicale lisse et rosée.

OBSERVATION N° 18

Ménorragies.

Mme H..., 30 ans. — La malade vient à la consultation de l'hôpital, se plaignant de la fréquence de ses règles (intervalles intermenstruelles de 20-25 jours) et, de plus, longues et abondantes.

Mme H... a été réglée à 11 ans, dès cette période les règles étaient déjà fréquentes et très abondantes; mariée à dix-neuf ans, elle a une fillette âgée de huit ans. A la suite de sa grossesse, les règles deviennent plus espacées et moins abondantes. Les phénomènes actuels remontent à un an environ.

L'examen génital ne décèle aucune lésion appréciable, mais l'examen général montre que nous avons affaire à un syndrome de Basedow avec hyperovarie.

L'extrait mammaire est prescrit à la dose quotidienne de 100 gouttes, quinze jours par mois. On ne note aucune amélioration aux trois périodes suivantes, bien que le traitement ait été suivi régulièrement.

OBSERVATION N° 19

Ménorragies par hyperovarie probable.

Mlle R..., 20 ans. — La malade présente des règles normales comme durée et comme intervalles intermenstruel, mais très abondantes et douloureuses depuis cinq ou six mois. Aucun antécédent familial ou personnel notable : jeune fille réglée régulièrement depuis l'âge de treize ans. L'examen génital ne montre rien d'anormal, sinon deux ovaires qui semblent aug-

mentés de volume, ce qui nous fait penser à un syndrome d'hyperovarie, mais il est impossible de préciser davantage le diagnostic.

L'extrait mammaire est prescrit à la dose quotidienne de 40 gouttes réparties en deux prises, pendant quinze jours.

Les règles suivantes surviennent normales sans aucune douleur ; la malade accuse une sensation d'euphorie très accentuée. Le traitement est alors continué à raison de 20 gouttes par jour, pendant un mois. L'amélioration se maintient pendant les deux périodes suivantes.

OBSERVATION N° 20

Ménorragies de la ménopause.

Mme Ta..., 52 ans. La malade vient à la consultation à l'hôpital, se plaignant de règles abondantes et douloureuses. Mme Ta... ne présente aucun antécédent notable, elle a deux enfants et a été réglée normalement de treize ans jusqu'à 52 ans.

L'examen général et l'interrogatoire nous permettent de déceler : troubles vaso-moteurs, céphalées, vertiges, bouffées de chaleur, vomissements, rhumatismes douloureux poly-articulaires. Aucune lésion appréciable à l'examen génital.

On conseille un traitement à l'extrait mammaire : 20 gouttes deux fois par jour, dix jours par mois ; le traitement a été suivi régulièrement pendant deux mois.

Sous l'influence de la médication on a pu observer une diminution nette des hémorragies ; de plus, la

malade est devenue plus alerte et a éprouvé moins de fatigue dans son travail. N'a pas été revue depuis.

OBSERVATION N° 21

Ménorragies de la ménopause.

Mme C..., 45 ans. — La malade présente exactement les mêmes accidents survenant au moment des règles que la malade de l'observation précédente, d'étiologie nettement ménopausique.

Pas d'antécédents notables. On conseille le même traitement que celui indiqué dans l'observation précédente, le traitement est poursuivi pendant plus de trois mois. Les accidents sont très atténués le premier mois, mais par la suite, les résultats favorables n'ont pas persisté.

3° MENO-METRORRAGIES

OBSERVATION N° 22

Méno-métrorragies.

Mme So..., 24 ans. — La malade présente continuellement un écoulement leucorrhéique abondant, jaunâtre et sanguinolent avec des caillots. Mme So... est mariée depuis trois ans, sans enfant. Rien à signaler dans les antécédents, si ce n'est une infection gonococcique remontant à 5 ans. L'examen local montre un vagin granuleux, douloureux avec vaginisme, un col sensible, avec une muqueuse brillante, tachée de nom-

breuses petites ulcérations recouvertes de pus ; un corps douloureux ; les culs-de-sac sont empâtés, douloureux avec, à gauche, un cordon monoliforme dur et douloureux. On pose le diagnostic d'évolution aiguë d'une gonococcie chronique, avec salpingite bilatérale, métrite et vaginite.

Pour des raisons professionnelles, la malade ne peut suivre un traitement sérieux. On s'efforce d'instituer une thérapeutique étiologique, et on prescrit, en outre, l'extrait mammaire, à la dose de 100 gouttes par jour. On ne note, après dix jours, aucune amélioration.

La malade peut alors se soumettre à un traitement sévère ; le repos au lit, la glace et un traitement étiologique calment en grande partie les phénomènes morbides. La malade continue néanmoins de prendre la même dose d'extrait mammaire. Les règles qui étaient douloureuses, longues et abondantes, se montrent à deux périodes menstruelles consécutives, indolores et presque normales. D'autre part, sous l'influence du traitement étiologique, la gonococcie s'est notablement améliorée.

L'action de l'extrait mammaire paraît, dans ce cas, incertaine et difficile à préciser ; l'amélioration observée pouvant être aussi bien imputable aux résultats du traitement antigonococcique qu'à l'opothérapie mammaire.

OBSERVATION N 23

Méno-métrorragies - Tuberculose génitale.

Mme Cl..., 26 ans. — Antécédents : péritonite à forme ascitique à l'âge de 17 ans. Mariée depuis cinq ans, sans enfant. Vient consulter, se plaignant de rè-

gles longues et abondantes, et parfois de pertes sanguinolentes durant l'intervalle intermenstruel ; la durée de celui-ci est normale (26-29 jours).

L'examen montre un utérus immobile, fixé, avec des culs-de-sac empâtés, permettant néanmoins de sentir une masse surtout marquée à droite, présentant des zones dures et ramollies. Nous posons le diagnostic d'annexite vraisemblablement tuberculeuse avec périséricite.

Un traitement à l'extrait mammaire régulièrement suivi pendant deux mois, quinze jours par mois, à la dose quotidienne de 100 gouttes, n'entraîne aucune amélioration. On institue alors un traitement uniquement étiologique.

OBSERVATION N° 24

Méno-métrorragies d'un fibrome.

Mme Du..., 39 ans. — Depuis un an, la malade avait des règles longues (8-10 jours) et abondantes. Depuis trois mois, se surajoutent des métrorragies, avec des caillots abondants.

Pas d'antécédents notoires.

L'examen génital met en évidence un fibrome gros comme deux poings.

Vue en période métrorragique, la malade est traitée par 200 gouttes par jour d'extrait mammaire ; l'hémorragie se calme en deux jours. On fait continuer l'administration quotidienne du médicament, en réduisant les doses de moitié.

Les règles suivantes sont encore très anormalement prolongées (7 jours) et très abondantes ; à la deuxième période menstruelle, l'écoulement, moins abondant,

a duré seulement cinq jours, mais il ne s'est produit aucune métrorragie. A l'examen, l'utérus ne paraît pas modifié.

La malade prend encore pendant deux mois le médicament, à la dose quotidienne de 60 gouttes, dix jours par mois ; l'amélioration s'accroît : les règles durent seulement trois ou quatre jours et l'écoulement n'est pas très abondant. Revue trois mois après la cessation de tout traitement, l'amélioration s'était maintenue.

OBSERVATION N° 25

Méno-métrorragies ; troubles de la crase sanguine.

Mme Cy..., 27 ans. — Régliée à l'âge de 15 ans, Mme Cy... a eu des règles normales jusqu'à 25 ans. Pas de grossesse. Père mort d'une cirrhose de Laennec ; mère vivante, apparemment en bonne santé. Depuis un an, Mme Cy... présente des méno-métrorragies dont l'importance s'accroît. L'examen gynécologique ne montre aucune lésion. L'examen général ne révèle rien de particulier. Les glandes endocrines paraissent normales.

L'extrait mammaire est prescrit à raison de 30 gouttes par jour, pendant deux mois, quinze jours par mois. On n'observe aucune amélioration.

La malade revient nous voir pour une plaie minime donnant lieu à une hémorragie difficile à arrêter. On pratique des examens de sang, qui montrent un trouble de la crase sanguine : temps de coagulation - 10', temps de saignement - 8', diminution du nombre des plaquettes. On supprime l'extrait mammaire, et on institue un traitement causal.

OBSERVATION N° 26

Méno-métrorragies.

Mme H..., 21 ans. — La malade vient consulter, se prétendant réglée deux fois par mois. Les écoulements sont abondants, indolores et suivis de pertes leucorrhéiques abondantes. Rien à signaler dans les antécédents. L'examen génital montre une métrite et des ovaires augmentés de volume. L'examen général met en évidence une maladie de Basedow fruste : nervosité, tachycardie, troubles vasomoteurs, crises sudorales.

On prescrit l'extrait mammaire : 20 gouttes, deux fois par jour, quinze jours par mois. Le traitement a été régulièrement suivi pendant deux mois. Sous l'influence de la médication, les règles sont moins abondantes et l'intervalle intermenstruel s'allonge. L'écoulement leucorrhéique a pratiquement disparu. La malade n'a pas été revue par la suite.

OBSERVATION N° 27

Méno-métrorragies.

Mme P..., 18 ans. — Depuis quelques mois, Mme P... présentait des règles abondantes et très douloureuses, accompagnées de leucorrhée et compliquées de métrorragies très abondantes et douloureuses.

Mariée depuis un an, sans antécédents notables, la malade est examinée en période métrorragique et présente une endométrite nette. Il est impossible de préciser davantage le diagnostic étiologique. On prescrit

l'extrait mammaire, à raison de 50 gouttes, deux fois par jour. Arrêt complet de l'hémorragie le quatrième jour, avec sensation d'euphorie.

L'extrait est alors prescrit, à la dose quotidienne de 40 gouttes, réparties en deux prises. Les règles apparaissent quinze jours après la fin de l'hémorragie ; elles sont normales et ne s'accompagnent d'aucun phénomène douloureux.

La malade continue de prendre l'extrait mammaire à la même dose, quinze jours par mois ; elle éprouve une sensation d'euphorie de plus en plus marquée ; la période suivante, survenant vingt jours après la fin de la précédente, est normale. La malade n'a pas été revue.

4° POLYMENORRHEES.

OBSERVATION N° 28

Polyménorrhée chez une dysglandulaire.

Mme K..., 38 ans. — Antécédents héréditaires normaux ; réglée à l'âge de treize ans, mariée, sans enfants.

Cette malade présentait depuis quatre ou cinq ans, des règles irrégulières, assez peu abondantes, prolongées (10 jours) suivies d'un léger écoulement leucorrhéique. Elle a été traitée, sans résultat, pendant deux ans, par des extraits pluriglandulaires. La période précédant la première consultation avait été sensiblement normale, mais quatre jours après la fin des menstrues est apparu un abondant écoulement leucorrhéi-

que, sanguinolent, accompagné de quelques caillots. Ces phénomènes durèrent une semaine, à la fin de laquelle la malade vint consulter.

L'examen général nous montre chez cette malade une tendance marquée à l'obésité, avec signes très nets d'hypothyroïdie. L'examen génital ne permet de déceler aucune lésion appréciable.

L'extrait mammaire est prescrit à la dose de 50 gouttes, deux fois par jour. En deux jours, l'écoulement sanguinolent est tari, et il ne persiste plus qu'une leucorrhée peu abondante ; les phénomènes leucorrhéiques sont, au dire de la malade, beaucoup moins marqués qu'avant le traitement à l'extrait mammaire.

La malade revient consulter un mois plus tard ; elle a pris quotidiennement la quantité prescrite de médicament, et s'étonne de n'être plus réglée depuis quarante jours. On fait cesser l'absorption d'extrait mammaire pour ordonner des préparations ovariennes. On note l'apparition, huit jours plus tard, d'un flux menstruel peu abondant et durant un jour. Depuis, la malade suit un traitement pluriglandulaire combiné à l'absorption de petites doses d'extrait mammaire (10 à 20 gouttes par jour). Les règles sont toujours irrégulières et peu abondantes, mais leur durée est devenue normale.

OBSERVATION N° 29

Polyménorrhée.

Mme Le..., 29 ans. — La malade ne présente aucun antécédent notable ; réglée normalement à 12 ans, mariée sans enfants, elle a fait une fausse-couche de deux

mois et demi, remontant à 3 ans. Elle présente depuis deux années des règles très abondantes, prolongées (7 à 8 jours) irrégulières et rapprochées (l'intervalle menstruel variant de 14 à 26 jours).

L'examen gynécologique montre un col gros, dur, légèrement entr'ouvert, un corps en rétroversion, dur, assez gros, présentant, en outre, une petite tumeur de la face postérieure ; les deux ovaires sont légèrement augmenté de volume, douloureux.

L'extrait mammaire à raison de 50 gouttes, deux fois par jour, prescrit en période menstruelle, n'apporte aucun changement. Le même traitement est continué et la période suivante apparaît 15 jours plus tard, mais l'écoulement, beaucoup moins abondant, dure 4 jours.

On prescrit alors l'extrait mammaire, à raison de 100 gouttes deux fois par jour. La période suivante apparaît 26 jours plus tard ; l'écoulement est à nouveau plus abondant et dure 4 jours.

Cette femme très sensuelle, signale que pendant la durée du traitement son appétit sexuel a été très nettement augmenté.

La malade continue le traitement. Elle est revue deux mois après, l'intervalle intermenstruel est maintenant normal ; l'écoulement est moins abondant, mais de durée toujours longue (8 jours). L'effet aphrodisiaque persiste.

OBSERVATION N° 30

Polyménorrhée d'origine ovarienne.

Mme De..., 35 ans. — La malade vient consulter, se plaignant de l'abondance de règles fréquentes, ir-

régulières (intervalle menstruel variant de 14 à 25 jours) accompagnées d'un écoulement leucorrhéique abondant et continu.

On note parmi les antécédents qu'au moment de la puberté, ses règles étaient extrêmement abondantes et très douloureuses. Mariée, elle a eu deux grossesses normales ; chacun des accouchements a été suivi d'écoulements leucosanguinolents prolongés et très abondants.

L'examen gynécologique permet d'apprécier des ovaires augmentés de volume, douloureux. Au spéculum on observe une muqueuse cervicale rougeâtre et vernissée.

Sur nos conseils, la malade prend pendant deux mois 25 gouttes d'extrait mammaire, deux fois par jour. Après une quinzaine de jours de traitement, l'écoulement leucorrhéique avait énormément diminué, survenant d'une façon intermittente, au début et à la fin de la journée. La période suivante survient 23 jours après, l'écoulement sanguin est beaucoup moins abondant qu'aux périodes antérieures au traitement, il dure trois jours. La deuxième période apparaît 27 jours après la précédente. L'écoulement leucorrhéique est presque tari.

L'examen au spéculum montre une muqueuse cervicale encore lisse et légèrement vernissée, mais déjà pâlie. L'extrait mammaire est alors ordonné, à raison de 10 gouttes deux fois par jour, dix jours par mois. Revue deux mois plus tard, la malade déclare avoir suivi régulièrement le traitement, et on constate la persistance de l'amélioration.

OBSERVATION N° 31

*Polyménorrhée consécutive à l'ingestion massive
de folliculine et d'extrait ovarien.*

Mme P..., 32 ans. — Comme emménagogue, par peur d'être enceinte, huit jours avant la date probable des règles, Mme P... a absorbé successivement, en quelques minutes, un flacon d'une solution de folliculine et un flacon d'extrait ovarien.

Pendant les deux mois et demi qui ont suivi cette ingestion, la malade a eu des règles très longues (10-12 jours) très abondantes, très rapprochées (intervalle intermenstruel de 10 à 18 jours), l'obligeant à se garnir toutes les deux heures et à s'allonger pendant la plus grande partie de la journée. Cette femme était antérieurement bien réglée, bien que l'écoulement ne fût pas très abondant.

Mme P... nous fait alors appeler, à l'occasion d'une hémorragie très importante qui durait depuis 4 jours. Nous lui prescrivons l'extrait mammaire, à raison de 100 gouttes par jour. Deux jours plus tard, l'écoulement n'est pas complètement tari, mais son intensité est très diminuée. On augmente alors la dose de médicament jusqu'à 200 gouttes par jour ; la malade perd encore pendant six jours, mais l'écoulement est très discret et lui permet de vaquer à ses occupations habituelles. Le traitement est alors continué de la façon suivante : pendant 5 jours encore, 200 gouttes d'extrait par jour, 100 gouttes les 5 jours suivants, enfin 80 gouttes par jour jusqu'aux prochaines règles. La période apparaît seulement 30 jours après la fin de l'hémorragie, à l'occasion de laquelle nous avons vu Mme P... L'écoulement étant très abondant,

on remonte à 120, puis à 200 gouttes par jour. L'importance des pertes diminue et la période dure seulement six jours.

On conseille alors de diminuer la dose de médicament : pendant les deux mois qui suivent, la malade absorbe seulement 80 gouttes, puis 40 gouttes d'extrait par jour, les périodes menstruelles redeviennent complètement normales.

Cette femme qui a toujours eu un sens génital très développé, assure que ce sens s'est encore aiguïté depuis qu'elle suit le traitement à l'extrait mammaire.

OBSERVATION N° 32

Dysménorrhée - Polyménorrhée. ..

Mme Tr..., 45 ans. — Mme Tr..., sans antécédents notables, mariée sans enfant, est très régulièrement réglée depuis l'âge de treize ans. La durée des périodes est normale, mais l'écoulement est très abondant, les règles sont douloureuses et s'accompagnent de phénomènes vagosympathiques, céphalées, vertiges, vomissements, sueurs, nécessitant le repos absolu pendant quatre à cinq jours. Cet état, qui dure depuis des années, s'est montré rebelle à tout traitement.

Nous voyons la malade immédiatement après la fin d'une période menstruelle. L'examen général et gynécologique ne révèle rien d'anormal. Nous lui conseillons l'extrait mammaire, à raison de 100 gouttes par jour, dix jours par mois.

La période suivante survient 28 jours après ; l'écoulement est moins abondant, sa durée est de 7 jours. A part quelques douleurs dans le bas-ventre pendant une matinée, la malade n'éprouve aucun malaise pen-

dant toute cette période ; au contraire, elle accuse une sensation d'euphorie très prononcée.

Chez cette femme qui avait été très sensuelle, le sens génital, peu à peu, s'était émoussé. Depuis le début du traitement, il semble s'être réveillé.

A la période suivante, l'amélioration s'est maintenue, mais très atténuée. La malade n'a pas été revue.

OBSERVATION N° 33

Polyménorrhée.

Mme I..., 26 ans. — Parents vivants en bonne santé ; réglée à 12 ans, un enfant bien portant après une grossesse sans incidents. Au moment où elle vient consulter, Mme I... nous dit être réglée régulièrement deux fois par mois, depuis quatre mois. En outre, elle se plaint d'un écoulement leucorrhéique abondant.

L'examen montre une métrite cervicale et un état congestif de tout l'appareil génital. On prescrit à la malade 20 gouttes d'extrait mammaire deux fois par jour. Le traitement est poursuivi régulièrement pendant quinze jours. Le flux leucorrhéique est nettement diminué et les règles apparaissent le 23^e jour seulement après la dernière période. Le mois suivant, Mme I... reprend journellement, pendant 15 jours, 40 gouttes d'extrait mammaire. La leucorrhée a presque disparu et l'intervalle menstruel est redevenu normal. La malade n'a pas été revue.

5° METRITES SENILES ET DYSMENORRHEE DE LA PUBERTE

OBSERVATION N° 34

Métrite sénile.

Mme Ca..., 75 ans. — La malade présente depuis six mois un écoulement leucohémorragique peu abondant, continu, journalier.

Réglée à 11 ans, vie génitale normale, 4 enfants bien portants, ménopause à 51 ans. Divers traitements antérieurs (injections chaudes et médicamenteuses, ovules, diathermie) n'ont amené que des améliorations passagères.

Nous hésitons tout d'abord entre le diagnostic de cancer du corps et de métrite sénile hémorragique ; nous prescrivons l'extrait mammaire à la dose de 100 gouttes par jour, l'écoulement semble diminuer d'intensité. Trois jours plus tard, nous effectuons un curetage explorateur en vue d'un examen histologique, qui permet de conclure à une métrite sénile.

L'extrait mammaire est continué aux mêmes doses. Pendant les trois jours qui suivent le curetage, il se produit un écoulement sanguinolent assez abondant, qui est presque tari le 4^e jour. L'écoulement leucohémorragique continue, mais très atténué, pendant 15 jours ; au 25^e jour, l'écoulement à presque disparu, on note seulement quelques pertes matin et soir. On conseille de poursuivre le traitement à l'extrait de mammaire à raison de 60 gouttes par jour. Deux mois après, on n'observe aucun phénomène pathologique.

OBSERVATION N° 35

Dysménorrhée de la puberté.

Mlle Ta..., 15 ans. — Premières règles à l'âge de 13 ans ; cette jeune fille est restée bien réglée pendant un an. Puis, sans cause décelable, s'installent des troubles menstruels. Mlle Ta... perd peu, mais continuellement (écoulement se tarissant au maximum pendant 4 ou 5 heures par jour) et ressent assez fréquemment des douleurs dans le bas-ventre. L'examen et le toucher anal ne révèlent rien d'anormal.

L'extrait mammaire est conseillé à raison de 100 gouttes par jour. L'écoulement se tarit complètement en huit jours.

Bien que la malade prennent assez irrégulièrement le médicament pendant trois mois, les périodes sont normales. Le traitement est alors abandonné ; les règles continuent à être normales. La malade, revue un an après la première visite, n'a présenté aucun trouble.

6° CANCERS DE L'UTERUS

Nous avons eu l'occasion d'appliquer l'opothérapie mammaire chez des malades atteintes de cancers utérins. Pour ne pas alourdir outre mesure cette partie de notre travail, nous rapportons seulement cinq observations typiques de cancer du corps de l'utérus.

OBSERVATION N° 36

Métrorragies, cancer du corps de l'utérus.

Mme M..., 63 ans. — Il s'agit d'une femme atteinte d'un cancer du corps de l'utérus évoluant depuis déjà trois ans et ayant pris une extension considérable. L'organe, du volume des deux poings, est dur, irrégulier, enclavé dans le petit bassin où il est étroitement fixé. On note des signes de cystite et des douleurs sciatiques violentes au niveau des deux membres inférieurs.

L'état général est profondément atteint : notamment anémie intense (G. R. 2.000.000 H. 45 %), due à des hémorragies utérines abondantes et répétées ; celles-ci ne sont pas continues, mais toutes les fois qu'elles apparaissent — une fois par jour en moyenne — elles durent deux à trois heures et la perte de sang est importante ; entre temps, on observe des pertes rosées fétides.

L'étendue des lésions contre-indique toute tentative chirurgicale ou radiothérapique. Nous prescrivons à la malade un traitement médical consistant en :

a) Injections deux fois par semaine d'un sel de cuivre ;

b) Absorption quotidienne de 50 gouttes d'extrait mammaire.

La malade a été suivie jusqu'à sa mort, soit pendant deux mois et demi. Le traitement pendant tout ce temps — exception faite des huit derniers jours — a été régulièrement appliqué.

L'extrait mammaire, aux doses indiquées ci-dessus, doses qui à plusieurs reprises et pendant 3 à 4 jours ont été doublées et même triplées, s'est montré sans

action sur les hémorragies, celles-ci ont persisté, leur importance s'est accrue vers la sixième semaine ayant suivi l'institution du traitement.

OBSERVATION N° 37

Métrorragies, cancer du corps de l'utérus.

Mme P..., 54 ans. — Envoyée à l'hôpital avec un diagnostic de fibrome utérin, à la suite d'une hémorragie extrêmement violente, survenue brusquement, sans aucun prodrome chez une femme ménopausée depuis trois ans. Lorsqu'elle est examinée, la malade continue à perdre depuis déjà trois jours ; l'écoulement consiste en sang mélangé de caillots volumineux, ces derniers expulsés à la suite de douleurs violentes. Le toucher vaginal montre un col un peu gros, largement ouvert et un utérus très légèrement augmenté de volume, régulier et parfaitement mobile. Le toucher rectal permet de sentir l'utérus en légère rétroversion, mais lisse et non douloureux ; on n'observe rien du côté des annexes ; au spéculum, on note un col rouge, métritique, sans aucune ulcération.

On décide de pratiquer un curettage, mais en raison de l'abondance de l'hémorragie on juge bon de retarder celui-ci de quelques jours. En attendant, la malade est maintenue au lit, avec applications de glace sur le ventre et on lui fait prendre de l'extrait mammaire. Le premier jour on donne 400 gouttes en 4 fois et, dans la nuit qui suit, l'hémorragie s'arrête presque complètement, mais elle reparaît dès l'après-midi du lendemain, bien qu'on ait continué l'extrait mammaire à la même dose.

La thérapeutique instituée a été suivie régulière-

ment ; en une semaine, la malade a pris 2.800 gouttes d'extrait mammaire. Celui-ci a été parfaitement supporté, mais il a été sans aucune influence sur l'hémorragie utérine. Celle-ci, en dehors de l'amélioration survenue le premier jour a persisté sans diminuer sensiblement d'intensité. Au 8^e jour on a pratiqué le curetage. L'examen histologique des fragments prélevés a permis de porter le diagnostic d'épithélium glandulaire. La malade, opérée, est actuellement guérie, un an après l'intervention.

OBSERVATION N° 38

Métrorragies, cancer du corps de l'utérus.

Mme Gl... Renée, 57 ans. — Réglée à 13 ans et toujours très régulièrement. 3 grossesses avec accouchements et suites de couches normaux. Ménopause à 48 ans ; depuis cette époque, troubles ménopausiques habituels (sueurs, bouffées de chaleur).

Depuis 18 mois, un écoulement sanguin très léger que la malade compare à de l'eau rosée est apparu. Cet écoulement intermittent, qui se produit tout d'abord tous les 4 ou 5 jours et généralement à l'occasion d'un effort ou d'une fatigue, est devenu progressivement fréquent et plus abondant. Depuis 6 mois environ, il n'est guère de jour où il n'y ait eu une véritable petite hémorragie analogue « à des règles à la période de déclin ». Il y a un mois, la malade a commencé à éprouver des douleurs dans le bas-ventre avec irradiation dans la cuisse droite. La persistance du symptôme algique a amené le sujet à la consultation ; jusqu'alors elle ne semblait pas avoir été inquiétée par les pertes sanguines.

L'examen génital par le toucher et le speculum montrent : un col normal, un peu rouge au niveau de la lèvre antérieure, un utérus augmenté de volume, globuleux, sans dureté particulière (l'hystérométrie montre un très léger allongement de la cavité), des annexes non empâtées, non douloureuses.

L'examen général met en évidence une atteinte profonde de l'état général : amaigrissement, pâleur du teint, décoloration des muqueuses, asthénie.

On pense à un cancer du corps de l'utérus et on propose à la malade un curettage que celle-ci ne se décide à accepter qu'après une semaine de réflexion. L'examen histologique des produits de curettage montre qu'il s'agit d'un « épithélioma cylindrique ».

Une hystérectomie totale, possible à cause de la mobilité conservée de l'utérus a pu être faite 4 jours après le curetage explorateur. La malade est actuellement vivante et sans signes de récurrence, 6 mois après l'opération.

Entre le premier examen et l'intervention chirurgicale — au total pendant 12 jours — la malade perdant très abondamment a été maintenue au lit avec injections chaudes trois fois par jour ; on a prescrit en outre de l'extrait mammaire aux doses suivantes : 100 gouttes le premier jour, 200 gouttes le deuxième jour, 300 gouttes les jours suivants.

Aucune diminution des hémorragies n'a été constatée pendant toute la durée du traitement.

OBSERVATION N° 39

Métrorragies, cancer du corps de l'utérus.

Mme C..., 59 ans. — Vient consulter pour des hémorragies utérines ayant débuté il y a 8 mois. A cette

époque, la malade, dont la ménopause s'était effectuée normalement, n'avait pas perdu pendant près de dix ans. Dans ses antécédents on ne relève rien de notable, sinon des signes de métrite légère (pertes blanches), apparue à la suite d'une fausse-couche de 4 mois et ayant persisté pendant près de 2 ans, puis disparus à la suite de cautérisation par néophylos.

L'hémorragie, dont se plaint la malade, d'abord peu importante, puisqu'elle se réduisait à quelques gouttes de sang perdues chaque jour, s'est peu à peu accrue ; actuellement — encore qu'elle soit d'intensité variable — elle est à peu près continue et force la malade à se garnir de façon permanente. On note par ailleurs des douleurs localisées dans le bas-ventre, des envies fréquentes d'uriner et une pesanteur rectale persistante.

L'examen local montre au toucher vaginal : un col gros, régulier, dur, assez largement ouvert ; des culs-de-sac souples ; un utérus nettement augmenté de volume, paraissant dur mais régulier ; au toucher rectal un utérus gros, un peu douloureux à la pression ; au spéculum on n'observe rien de notable ; l'hystérométrie montre un allongement de la cavité utérine.

L'examen général ne permet pas de déceler de signes nets : la malade accuse un peu d'asthénie et présente une légère pâleur.

On pose le diagnostic d'utérus fibromateux avec réserve de possibilité d'un cancer du corps, étant donné l'âge de la malade. On décide d'opérer, mais en raison de l'encombrement du service, l'intervention est repoussée d'une quinzaine de jours.

En attendant, on prescrit le repos ; dans un but sthénique, des injections de cacodylate de soude, et on conseille l'absorption d'extrait mammaire, en commençant par 50 gouttes quotidiennement et, si cette

dose ne suffit pas, en augmentant de 50 gouttes par jour jusqu'à diminution et arrêt des pertes, sans toutefois dépasser 400 gouttes en 24 heures.

En une semaine, la malade est arrivée à ce maximum et elle s'y est maintenue pendant 12 jours, jusqu'au moment où elle a été opérée. Le traitement a été parfaitement supporté avec cependant une tension douloureuse des seins, mais l'effet sur l'hémorragie utérine a été nul. Celle-ci n'a été ni arrêtée ni ralentie, ni diminuée dans son abondance. L'examen histologique de l'utérus, enlevé complètement, a montré qu'il s'agissait d'un cancer du corps utérin développé dans un organe fibromateux.

OBSERVATION N° 40

Mme L..., 60 ans. — Cette malade a été réglée tardivement — 17 ans — et toujours très irrégulièrement ; l'intervalle inter-menstruel était compris entre 6 semaines et 2 mois. L'écoulement était généralement précédé de douleurs abdominales très vives. Mariée à 24 ans ; pas de grossesses ; ménopause précoce à 38 ans, survenue brusquement sans troubles marqués.

Depuis 6 ans, elle avait commencé à grossir en même temps qu'elle éprouvait dans le ventre une sensation de pesanteur qui allait en s'accroissant. On a porté tout d'abord le diagnostic de fibrome. La constatation d'un œdème des jambes d'abord léger, puis marqué et, par ailleurs, un accroissement important du volume de l'abdomen ont amené la malade à venir à la consultation de l'hôpital. Une opération ayant été refusée, la malade a été traitée par radiothérapie (24 séances étalées sur 12 semaines). La tumeur, à la suite de ce traitement, a diminué et les symptômes (dou-

leurs et œdème) ont rétrocedé. Un an plus tard, apparition de pertes blanches, tachant le linge en jaune pâle. Un médecin consulté a pensé à une métrite et conseillé des injections et des ovules d'ichtyol. Non seulement les pertes n'ont pas diminué mais elles sont peu à peu devenues plus abondantes en même temps qu'elles apparaissaient mélangées de sang, puis devenaient franchement sanglantes et fétides.

Lorsque la malade est examinée par nous, pour la première fois, elle se plaint surtout de ces hémorragies dont les caractères sont ceux d'un écoulement à peu près continu, d'abondance modérée, avec, tous les deux ou trois jours, augmentation brusque d'une durée de 5 à 6 heures.

L'examen local montre un gros utérus remontant à 3 travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, dur mais régulier et mobile.

Le diagnostique posé est celui de fibrome. On prescrit le repos au lit, des injections chaudes répétées, une potion au chlorure de calcium et l'extrait mammaire aux doses suivantes : 200 gouttes les deux premiers jours, 300 gouttes les deux jours suivants, 400 gouttes les 5^e et 6^e jours, 500 gouttes les 7^e et 8^e jours ; les jours suivants on diminue progressivement de 50 gouttes par jour pour arriver à 200 gouttes et on maintient cette dose. Le traitement, parfaitement supporté, a été continué pendant un mois. Aucune amélioration n'a été constatée en ce qui concerne les hémorragies. Celles-ci n'ont diminué ni de fréquence, ni en abondance. Au bout d'un mois, on a pratiqué un curetage explorateur, suivi d'un examen histologique, qui a permis de poser le diagnostic de cancer du corps utérin. La malade, qui a refusé de se faire opérer, a été perdue de vue.

CHAPITRE III

LES RESULTATS CLINIQUES DE L'OPOTHERAPIE MAMMAIRE DANS LES HEMORRAGIES GENITALES DISCUSSION ET INTERPRETATION DES RESULTATS

Dans le chapitre précédent, nous avons rapporté quarante cas d'hémorragies génitales diverses, traitées par l'opothérapie mammaire. Dans cette dernière partie de notre travail, nous nous proposons d'examiner, en premier lieu, ce qu'il convient de déduire de nos observations quant à l'efficacité de l'opothérapie mammaire. Nous nous efforçons ensuite d'établir les indications et les contre-indications des extraits mammaires, de mettre en évidence leur innocuité et de fixer d'une façon aussi précise que possible leur posologie. Nous envisageons enfin, très brièvement, quelles explications peuvent être données au sujet du mode d'action de cette médication.

Tout d'abord, si l'on envisage l'ensemble de nos observations, il apparaît que, si l'on excepte celles se rapportant à nos malades atteintes de cancer, sur les trente-cinq cas étudiés, nous avons obtenu vingt-trois succès thérapeutiques nets et indiscutables. D'autre part, chez quatre malades, nous avons obtenu une amélioration notable des phénomènes pathologiques (observations n^{os} 5, 8, 29, 32) ; chez trois autres malades, une action favorable de l'extrait mammaire sem-

ble difficile à mettre nettement en évidence (observations n^{os} 6, 16, 21). Enfin, chez cinq de nos malades (observations n^{os} 9, 18, 22, 23, 25), nous avons enregistré un échec complet de l'opothérapie mammaire. Le pourcentage de résultats favorables est donc de 77 %, en tenant pour tels tous les cas où nous avons obtenu une amélioration plus ou moins durable de l'état des malades, et de 65 % en retenant seulement les observations où le succès a pu être considéré comme complet et définitif. Par contre, nous avons obtenu 100 % d'échecs complets chez des femmes atteintes de cancer du corps de l'utérus.

Il convient maintenant d'examiner plus en détail, pour en déduire des indications thérapeutiques utiles, comment se répartissent les succès et les échecs thérapeutiques enregistrés. Nous envisagerons successivement l'action de l'opothérapie mammaire dans les métrorragies, les ménorragies, etc., suivant l'ordre que nous avons adopté pour l'exposé de nos observations cliniques.

1° ACTION DANS LES MÉTRORRAGIES. — Nous avons traité par l'opothérapie mammaire douze malades présentant des métrorragies. Nous avons obtenu dix succès complets. Une malade atteinte d'un polype (observation n^o 6) a été améliorée légèrement par la médication ; nous enregistrons un échec complet (observation n^o 9) dans une métrorragie due à une grossesse extra-utérine.

2° ACTION DANS LES MÉNORRAGIES. — Sur neuf malades présentant des ménorragies, nous avons obtenu six résultats très favorables, deux résultats douteux et un échec complet. Dans l'un des résultats douteux (observation n^o 16), seuls les phénomènes leucorrhéi-

ques ont été atténués; dans l'autre (observation n° 21), l'amélioration incontestable n'a pas été durable. L'échec enregistré (observation n° 18) se rapporte à une malade qui présentait un syndrome de Basedow typique; malgré les hautes doses prescrites et la continuation du traitement pendant un temps prolongé, aucune amélioration n'a pu être obtenue.

3° ACTION DANS LES MÉNO-MÉTRORRAGIES. — Nous avons pu expérimenter l'extrait mammaire dans 6 cas de méno-métrorragies; le pourcentage d'échecs est plus élevé que dans le traitement des métrorragies et des ménorragies. Trois échecs (observations n° 22, 23, 25) contrebalancent trois cas favorables (observations n° 24, 26, 27). L'observation n° 22 est relative à une malade présentant toute une série de troubles pathologiques (vaginisme, salpingite bilatérale, gonococcie ancienne); l'amélioration qui a pu être constatée chez elle était très probablement en rapport avec les médications qui lui ont été prescrites concurremment à l'extrait mammaire. Les observations n° 23 et 25 sont relatives, l'une, à une tuberculose génitale, l'autre, à des troubles de la crase sanguine. Par contre, on note une action nettement favorable sur les hémorragies déterminées par un fibrome (observation n° 24), par un syndrome de Basedow fruste (observation n° 26) et enfin par une endométrite (observation n° 27).

4° ACTION DANS LES POLYMÉNORRHÉES. — Nous rapportons six observations de polyménorrhées d'origines diverses, dans lesquelles toutes nos malades ont été indiscutablement améliorées par l'extrait mammaire. Chez certaines même, tous les phénomènes pathologiques ont disparu très rapidement et n'ont

pas fait leur réapparition pendant la période où nous avons pu les suivre.

5° ACTION DANS LES MÉTRITES SÉNILES ET LES DYS-MÉNORRHÉES DE LA PUBERTÉ. — Nous relatons deux observations isolées se rapportant, l'une, à une métrite sénile, l'autre, à une dysménorrhée avec hyperménorrhée chez une fillette de quinze ans. Dans ces deux cas, les résultats de l'opothérapie mammaire ont été extrêmement favorables : arrêt total des phénomènes hémorragiques chez les deux malades et régularisation de la période menstruelle de la fillette.

6° ACTION DANS LES ÉPITHÉLIOMAS UTÉRINS. — Comme nous l'avons indiqué précédemment, nous n'avons pu, dans les cinq observations rapportées dans le chapitre précédent, obtenir de résultats favorables (observations n^{os} 36, 37, 38, 39, 40). Signalons également que nous avons eu l'occasion de traiter par l'opothérapie mammaire des cancers du col de l'utérus ; dans ces cas aussi nous n'avons également enregistré que des échecs.

Nos observations cliniques comportent encore différentes remarques complémentaires. Tout d'abord nous devons noter que chez 6 de nos malades (observations n^{os} 14, 16, 22, 27, 28, 33), les hémorragies étaient accompagnées d'écoulements leucorrhéiques qui ont été ou complètement supprimés ou considérablement atténués, par l'ingestion d'extrait mammaire, alors même que le médicament s'est montré sans action importante sur les phénomènes hémorragiques (observation n° 16).

D'autre part, un certain nombre de malades que nous avons traitées avec l'extrait mammaire ont accusé une sensation d'euphorie très nette ; le phéno-

mène s'observe surtout chez les femmes se plaignant de troubles divers de la ménopause.

Nous avons eu aussi l'occasion de noter une action aphrodisiaque indiscutable de l'extrait mammaire (observations n^{os} 2, 3, 29, 31, 32). L'administration d'extrait mammaire a eu pour effet, soit de réveiller l'appétit sexuel atténué, soit de l'augmenter alors qu'il était déjà prononcé, soit de le faire apparaître pour la première fois (observation n^o 2).

Enfin, nous devons noter que chez trois de nos malades (observations n^{os} 10, 13, 24), les hémorragies étaient déterminées par un fibrome. Les résultats obtenus ont été nettement favorables en ce qui concerne l'action sur les pertes sanguines. On sait que divers auteurs, Bell en particulier, ont préconisé l'opothérapie mammaire comme un traitement capable d'agir sur le fibrome lui-même. Les cas que nous rapportons n'ont pu être suivis pendant une période assez longue et sont par ailleurs trop peu nombreux pour que nous ayons pu nous faire une opinion sur ce point.

Il nous paraît résulter du bref résumé des résultats thérapeutiques que nous avons obtenus, que l'opothérapie mammaire s'est révélée d'une efficacité inégale vis-à-vis des diverses formes d'hémorragies génitales ; ceci va nous permettre de dégager ses principales indications.

Le pourcentage le plus élevé de résultats favorables a été obtenu dans les cas de polyménorrhée (100 %).

L'extrait mammaire a également donné d'excellents résultats dans le traitement des métrorragies : dix succès sur douze, soit 83 %. Les résultats ont été particulièrement brillants dans les métrorragies post-abortum. Des résultats moins nets, quoique encore très encourageants, ont été obtenus dans des métrorragies déterminées par des causes diverses (métrorragie de

la ménopause et métrorragie d'une métrite déciduiforme). Deux échecs ont été enregistrés, l'un dans un cas de grossesse extra-utérine, l'autre dans un polype, mais, dans ce dernier cas, la patiente a suivi très irrégulièrement le traitement.

Les résultats obtenus sont également bons dans les ménorragies (66 % d'améliorations nettes). Signalons plus particulièrement un échec (observation n° 18) chez une malade présentant un syndrome de Basedow accentué.

Dans les méno-métrorragies que nous avons eu à traiter, nous enregistrons seulement 50 % de cas favorables. Mais il est curieux de noter que tous les échecs se rapportent à des hémorragies dont les causes sont extra-génitales (trouble de la crase sanguine) ou à des hémorragies découlant de lésions, très accentuées, des voies génitales (tuberculose, gonococcie).

Nous avons obtenu deux très beaux résultats isolés, se rapportant, l'un, à une dysménorrhée de la puberté, l'autre à une métrite sénile, dans lesquelles l'extrait mammaire s'est montré d'une efficacité remarquable, mais il est bien évident qu'il serait nécessaire pour se faire, en l'occurrence, une idée de la valeur réelle de l'opothérapie mammaire, de posséder un plus grand nombre d'observations de ces deux catégories de malades.

Enfin, l'opothérapie mammaire s'est révélée complètement inefficace dans le traitement des hémorragies génitales chez les malades atteintes de cancer du corps de l'utérus.

De ces diverses considérations, il semble se dégager, tout d'abord, la notion que les échecs de l'opothérapie mammaire sont imputables au fait qu'elle est employée soit dans des syndromes d'origine extra-génitale, soit dans des cas entraînant une atteinte pro-

fonde d'une partie des voies génitales (polype, grossesse extra-utérine, tuberculose, gonococcie, cancer).

Au contraire, dans les hémorragies génitales provoquées soit par une lésion de la muqueuse utérine aisément réparable, soit par des dysfonctionnements ovariens, son efficacité est presque toujours remarquable.

D'autre part, il nous est apparu que l'innocuité de cette médication est absolue. Certaines de nos malades ont pris pendant plusieurs mois, sans interruption, des doses assez élevées d'extrait mammaire, sans accuser aucun trouble de quelque nature que ce soit. Cependant, l'opothérapie mammaire constitue, à notre avis, une médication nécessitant une surveillance attentive du médecin traitant, tout au moins quand on a recours à l'administration des doses élevées. Nous avons observé, en effet, chez certaines malades, l'arrêt des règles sous l'influence d'un traitement prolongé avec de hautes doses d'extrait mammaire ; ces aménorrhées cèdent d'ailleurs aisément à l'administration des médicaments excitants de l'ovaire (poudre d'ovaire, extraits ovariens, etc.). Nous avons cru bon de signaler cet inconvénient possible.

Ces différentes considérations nous inclinent à penser qu'il n'existe pas, à vrai dire, de contre-indications à l'emploi de l'opothérapie mammaire. Il paraît simplement inutile de l'utiliser dans les cas où il semble qu'elle soit dépourvue de toute efficacité.

Examinons maintenant la posologie de l'extrait mammaire. L'efficacité des extraits mammaires nous a semblé nécessiter l'emploi de doses relativement élevées. Rappelons que nous avons utilisé, en vue de ce travail, un extrait mammaire en solution hydro-alcoolique, dont un centimètre cube, soit trente-six

gouttes correspondent à deux grammes cinquante de glande fraîche.

En général, dans le cas d'hémorragies relativement peu importantes, une dose journalière de quarante à cent gouttes par jour représentant sensiblement deux grammes cinquante à sept grammes cinquante de glande fraîche, s'est montrée le plus souvent suffisante.

Par contre, dans les hémorragies importantes (métrorragies post-abortum, polyménorrhées, etc.), il nous est apparu qu'il était bon de recourir d'emblée à des quantités nettement supérieures. Nous avons réussi à arrêter en quelques heures des hémorragies extrêmement abondantes avec des doses élevées d'extrait mammaire, une à deux cuillerées à café, ce qui représente douze à vingt-cinq grammes de glande fraîche. Enfin, il semble que, dans certains cas, pour obtenir un résultat thérapeutique favorable, il faille continuer régulièrement la médication pendant des périodes assez longues. Il nous apparaît qu'un de nos échecs (observation n° 6) est dû, en partie tout au moins, à l'irrégularité du traitement.

Il nous reste enfin à envisager brièvement comment pourrait s'expliquer l'action thérapeutique incontestable de l'opothérapie mammaire. Un certain nombre d'hypothèses ont déjà été proposées ; ni les unes ni les autres ne sont absolument convaincantes, la plupart péchant par manque de base expérimentale.

Rappelons tout d'abord que divers auteurs et en particulier Lagow, ont invoqué une action directe des extraits mammaires sur le muscle utérin ; expérimentalement, cependant, cette action ocytotique est assez faible. On a aussi rapporté leur action à leur activité vaso-constrictrice ; en effet, ces produits présentent chez l'animal une légère action vaso-constrictrice ;

mais il ne faut pas perdre de vue que les effets vasomoteurs provoqués par les extraits d'organes constituent un fait extrêmement banal et nullement spécifique, en raison de la présence, dans les extraits glandulaires, de substances diverses entraînées en même temps que les principes actifs.

On a également invoqué l'action inhibitrice de la sécrétion et des extraits de glande mammaire sur l'ovaire : cette action a jusqu'à présent, échappé à toute démonstration expérimentale absolument convaincante. Les données de la littérature sont en effet assez contradictoires. Alors que pour Vignes les extraits mammaires n'empêchent pas l'apparition de l'œstrus chez les rongeurs, pour Maromati ils exercent une action frénatrice nette. Sterbach observe chez la chèvre une action inhibitrice des extraits mammaires sur l'œstrus et l'ovulation. De même, les observations de Tebbe, que nous avons rappelées dans la première partie de notre travail, paraissent plaider en faveur de l'influence de la sécrétion mammaire sur l'activité de l'ovaire. Plusieurs de nos observations cliniques, où manifestement nous étions en présence d'hémorragies déterminées par une hyperactivité ovarienne (observations n^{os} 17, 18, 28, 29, 30 et 31) ainsi que l'observation que nous avons rapportée dans le premier chapitre de ce travail, paraissent également témoigner en faveur d'une action inhibitrice des extraits mammaires sur le fonctionnement ovarien.

Par ailleurs, divers auteurs ont pensé à une action spécifique de la sécrétion et des extraits mammaires sur la muqueuse utérine. Nous avons pu, au cours de certaines de nos observations (observations n^{os} 8, 11, 14, 15, 17, 30, 34) observer des transformations extrêmement nettes de la muqueuse utérine sous l'influence d'un traitement prolongé à l'extrait mammaire

(disparition des ulcérations, modifications de l'aspect de la muqueuse). Malheureusement, nous n'avons pu avoir de preuves histologiques de la réalité de cette action. Il est remarquable de signaler l'échec complet de l'opothérapie mammaire dans le cas de cancer du corps de l'utérus ; il semble donc que l'action favorable nécessite une certaine intégrité de la muqueuse utérine. Enfin, on a invoqué l'action des extraits mammaires sur l'adrérialino-sécrétion (Turpault).

En nous appuyant sur les observations cliniques et sur les observations expérimentales rapportées au cours de ce travail, il nous semble vraisemblable d'admettre que l'action de l'opothérapie mammaire peut s'exercer par un double mécanisme : d'une part, action inhibitrice vis-à-vis du fonctionnement de l'ovaire, et d'autre part, action trophique sur la muqueuse utérine. Cette action sur la muqueuse utérine ne pouvant s'exercer que sur une muqueuse relativement intacte et en tout cas exempte de toute trace de cancérisation.

CONCLUSIONS

Nous avons étudié l'activité thérapeutique des extraits mammaires chez quarante malades présentant des hémorragies génitales d'origines diverses. Notre étude nous permet, croyons-nous, de formuler les conclusions suivantes :

I. — Chez les malades atteintes de cancer de l'utérus, l'opothérapie mammaire n'exerce aucune action sur les phénomènes hémorragiques.

II. — Dans le traitement des hémorragies génitales relevant d'une étiologie différente, l'opothérapie mammaire nous semble jouir d'une efficacité certaine. Dans les 35 observations cliniques rapportées, nous avons obtenu 65 % de succès complets et définitifs, et 12 % d'améliorations plus ou moins durables.

III. — Les résultats obtenus par l'opothérapie mammaire sont surtout remarquables dans les troubles relevant d'un dysfonctionnement ovarien ou de lésions de la muqueuse utérine, sans atteinte profonde de celle-ci.

IV. — L'opothérapie mammaire semble vouée à l'échec dans le traitement des hémorragies provoquées par des causes extra-génitales ou par des lésions très étendues du tractus génital.

V. — L'innocuité des extraits mammaires, même quand on prolonge leur administration pendant des mois est absolue : on peut simplement observer quelquefois, sous leur influence, une aménorrhée aisément curable.

VI. — Il n'existe pas de contre-indications au véritable sens du mot, à l'emploi de l'opothérapie mammaire. Elle nous paraît néanmoins immanquablement vouée à l'échec, dans certains cas, ainsi que nous l'avons indiqué précédemment.

VII. — Le mécanisme d'action des extraits mammaires qui n'est pas encore parfaitement élucidé, nous paraît imputable à une double action : action inhibitrice vis-à-vis du fonctionnement ovarien, action tonique énergique sur la muqueuse utérine.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Articles consultés cités dans le texte

- BATUAUD. — L'opothérapie mammaire en gynécologie. *Bul. Soc. Méd. de l'Elysée*, 1889, p. 34.
- BECLÈRE. — Métrorragies fonctionnelles d'origine ovarienne et ménopausique. *Bull. Soc. fr. Obst. et Gynécologie*, 1933, p. 748.
- Les métrorragies mono-symptomatiques chez la femme jeune. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 688.
- *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1936, p. 355.
- BELL. — Traitement du carcinome de l'utérus, de certaines formes de maladies ovariennes et des fibromes par les extraits thyroïdiens, parathyroïdiens et mammaires. *The British Gynec. J.* 1895, u. 137.
- Pathogénie des fibromes et des adénomes mammaires. *The Medical Press*, 1924, p. 249.
- CHALMERS et ARCHIBALD. — Quinine Metroragia. *J. Tropic. Med. a Hyg.* 1919, p. 191.
- CHARLTON et LEE. — The effect of feeding mammary gland substance on the œstrus cycle of the rat. *Endocrinology*, 1924, p. 770.
- COTTE. — Insuline et fonction ovarienne. Traitement des hémorragies d'origine ovarienne par l'insuline. *La Presse Méd.*, 1928, p. 181.
- COURRIADES. — Physiothérapie des hémorragies chez la femme, en dehors de la grossesse et des tumeurs. 4^e Congrès Français d'Gynécologie, in *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1935, p. 529.

- CREW et MIRSKAIA. — On the effect of removal of the litter upon the reproduction rate of the female mouse. *Quart. J. exper. Physiol.*, 1930, 20 p. 263.
- DALCHÉ. — Hyper et hypoovarie. Gazette des Hôpitaux, 1906. N° 75 et 78. Opothérapie ovarienne. *La Gynécologie*, 1909 12, p. 131.
- DARTIGUES. — Quelles sont les conséquences de l'ablation partielles ou totales des glandes mammaires ? *La Clinique*, 1930, p. 109.
- DUBREUILH. — Electrothérapie et actinothérapie. 6^e Congrès Français de Gynécologie, in *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1935, p. 237.
- JACOBY. — Effet du thymus et de l'extrait mammaire sur la menstruation. *New-York Med. J.* 1921, p. 243.
- JUNGHAUS. — Die Behandlung von gynäkologischen Blutungen mit Vitamin C. *Klin. Wschr.* 14 p. 899 (1935).
- KLAFTEN. — Die intermottierende und prophylaktische Insulinbehandlung bei Meno und Metroragien. *Zbl. j Gynäk.* 1935, p. 1512.
- LAGOW. — Sur la corrélation entre les glandes mammaires avec d'autres glandes endocrines. *Bull. d'uro-gravidothérapie*. Moscou, 1935, p. 43.
- LÉVI (Léopold). — Opothérapie ovarienne, 1934.
- LUNCZ. — Contribution à l'étude de l'opothérapie mammaire. *Thèse de médecine*, Paris, 1911 (Vigot frères, éditeurs).
- MAVROMATI. — Influence de l'extrait mammaire sur le cycle oestral. *C. R. Soc. Biol.*, 1932, 110, p. 131.
- MORICARD. — Blocage d'hémorragies utérines fonctionnelles par injection de lutéine ou de benzoate de folliculine, notion de troubles de réceptivité. *Bull. Soc. Obst. et de Gynécologie*, 1936, p. 355.
- *Bull. Soc. Obst. et de Gyn.*, 1936, p. 364 et 442.
- SCHEIN (Moritz). — Die Kontinuate der Nunktion der Milchdrüsen. *Klin. Wschr.* 38, p. 1337.
- POCHON. — Observations d'opothérapie mammaire et ovarienne. Antagonisme des deux sécrétions. *Bull. de la Soc. Med. de l'Elysée*, 1909, p. 63.

- POULIOT. — Traitement homéopathique des métrorragies. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1935, p. 819.
- QUENU et BECLERE. — Diagnostic des hémorragies utérines à l'âge de la ménopause. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1933, p. 742.
- Métrorragies des femmes jeunes et curettage. *Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, 1934, p. 686.
- RIVOIRE. — La lutéine. *Presse médicale*, 1936, p. 10.
- ROBIN et DALCHÉ. — Thérapeutique médicale des maladies de la femme. 2^e édition, Paris, 1911. (Vigot frères.)
- ROCK. — Changes in the endometrium after femal sex endocrine therapy. A consideration of the effect of antuitrin S. in human subjects. *Endocrinology* 19. p. 269 (1935).
- SEGOND. — Du traitement des hémorragies de la ménopause par la diodothyrosine. *Bull. de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1934, p. 700.
- STCHERBACH. — Cité d'après Lagou.
- TEBBE. — Kann durch stoffenwechselauderungen Brust angelöst werden. *D. landw. Tiergucht*, 1935, p. 62.
- TURPAULT. — Traitement médical des hémorragies génitales en dehors de la grossesse et des tumeurs. *Rapport au 4^e Congrès Français de Gynécologie, in Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1935, p. 473.
- VIGNES — Physiologie gynécologie et médecine des femmes. Paris, 1929. Masson et C^{ie}, éditeurs.
- A propos de l'opothérapie mammaire. *Bull. général de Thérapeutique*, 1927, p. 439.
- Opothérapie mammaire dans les ménorragies. *Revue Française d'Endocrinologie*, 1926, p. 165.
- VOGT. — Physiothérapie des hémorragies génitales chez la femme en dehors de la grossesse et des tumeurs. *Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1935.
- WAGNER. — Physiologie und Pathologie der innernsekretorischen Funktion der weiblichen Keimdrüsen. *Med. Klinik*, 1935, p. 1029.

- WAJZER. — The endocrine glands in relation to abnormal breast hyperplasias. With particular reference to the associated nipple bleeding and its treatment. *Med. J. a Rec.* 140, p. 417 (1935).
- WINTER. — Beitrag zur Prognosestellung und Behandlung des sekundären Amenorrhoe. *Med. Klin.* p. 1694 (1934).
- ZONDECK. — Impairment of anterior pituitary function by follicular hormone. *The Lancet*. N° 15, p. 842, vol. II (octobre 1936).

Articles consultés non cités dans le texte

- ABEL. — Zur Hormonbehandlung der Uterus myome. *Therap. d. Gegenw.* 74, 215, 1933.
- BLOCK (E.-B.). — Die Weibliche Brust drüse während der einzelnen Geschlechtsphasen. *Med. Klin.* 68, 1358, 18 septembre 1931.
- BOZZOLO (C.). — La diatermo-opoterapia mammaria nelle metrorragie e la diatermo-opoterapia utero-ovarica nelle anemorree. *Rassegna d'ostet. e ginec.* 40 343, 30 juin 1931.
- COHL (S.). — A case of uterine hemorrhage treated by mammary opotherapy. *Spitalul.* Bucuresti, 1912 XXXII, p. 300.
- DAUSSET et FERRIER. — La d'arsonvalisation mammaire à faible intensité. Son action sur le système endocrinien. *Bull. Soc. Fr. Electrothérapie et Radiol.* 44, p. 166, 1935. Ber. 91, p. 155.
- FOGES (A.). — Zur physiologischen Beziehung, zwischen Mamma und Genitalien. *Zbl. f. Physiol.*, Leipzig und Wien, 1905, XIX p. 233.
- GANDELA (N.). — Therapie par extraits folliculaire, lutéinique et mammaire et leur action sur les organes génitaux et le système endocrinien. *Arch. Obstetr.* 37, p. 97 (1930). Ber. 57, 147.
- GILBERTI. — Un nouveau cas d'hypertrophie mammaire de la puberté. *Il Pensiero medico*, 1914. *belges de chirurgie* 31, 647, 1928.

- GIORDANO (D.). — Sympathie génito-mammaire. *Arch. franco-GREIG (D.-M.). — On puberal mammary hypertrophy. Edinburgh Mem. J. N. S. XXVIII, p. 153, 1924.*
- HABERLANDT. — Die Hormonale Sterilisierung des weibl. Organismus. Iena Gustav Fischer VII 28, p. 1931. Ber. 61, p. 774. (V. Ber. 30 p. 302.)
- MC JUNKIN (F.-A.) et YUSKIS (A.-S.). — Growth inhibiting agent in extracts of dessicated mammary gland. *Proc. Soc. Exper. Biol. a Med.* 31 105, 1933.
- MAYZEL (M.-B.). — Treatement of uterine hemorrhages by stimulating secretion of mammin (mammary hormone). *Soviet. vrach. Gaz.* p. 1386, 1934.
- PIERRA (L.-M.). — L'opothérapie mammaire dans le traitement des congestions intermenstruelles. *Gynec. et Obstet.* 20, 627, 1929. *Revue Fr. de Gynecol. et d'Obstetr.* 25, p. 37.
- RAZUMOVA (E.). — Treatement of uterine hemorrhage with mammin. *Pell Klin. Med.* 5, 547, 1934.
- SCAGLIONE (S.). — Ricerche sul ritmo estrue della mamella. *Riv. ital. di gineco.* 8 200, 1928.
- SCAGLIONE (S.). — Influenza della mamella sull'attitudine alla facon gazione. Ricerche seprimentali. *Riv. ital. di gynec.* 7, 125, 1928.
- TUTAEFF (G.-W.). — Effect of extratcs of thyroid mammary and ovarian glands, on isolated intestinal tract of rabbit. *Vrach. dielo.* N° 21 sup. 12, 73, 1929.
- VACCARI (M.). — L'azione sull'utero isolato di cavia di alcuni estratti ovarici e mammari. (Ricerche sperimentali.) *Boll. d. Soc. Piemontese di ostetr. e ginec.* 2, 107, 1934.
- WEICHERT (C.-K.), BOYD (R.-W.), COHEN (R.-S.). — Study of certain endocrine effects on mammary glands of female rats. *Anat. Rec.* 61, 21, 1934.
- WEIL (P.-E.). — Les hémorragies utérines sans lésions utérines. Hémorragies de l'hémogénie (syndrômes hémogéniques). Le sang 9 p. 672, 1935. *Presse Méd.*, 1936 4/1 p. 3.
- ZADIK. — Au sujet des hormones des glandes mammaires, p. 2305. *Klin. Wschr.* IX, 49, 1930.

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	9
<i>Chapitre premier.</i> — Etiologie et traitement des hémorragies génitales	13
1° Etiologie des hémorragies génitales	13
2° Traitement des hémorragies génitales	15
<i>Chapitre II.</i> — Observations cliniques sur l'action thérapeutique des extraits mammaires	25
1° Métrorragies	26
2° Ménorragies	36
3° Méno-métrorragies	43
4° Polyménorrhées	48
5° Métrites séniles et dysménorrhée de la puberté....	55
6° Cancers de l'utérus	56
<i>Chapitre III.</i> — Les résultats cliniques de l'opothérapie mammaire dans les hémorragies génitales. Discussion et interprétation des résultats	65
<i>Conclusions</i>	75
<i>Bibliographie</i>	77



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



